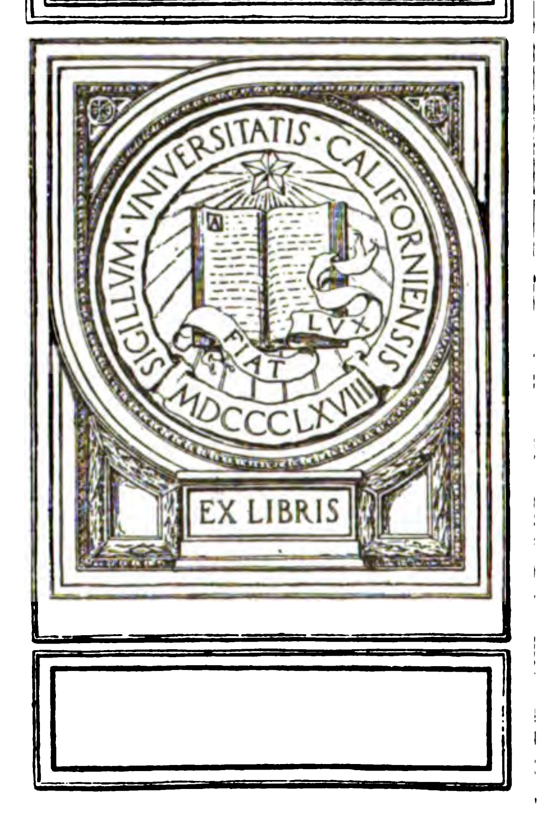
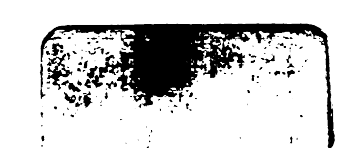
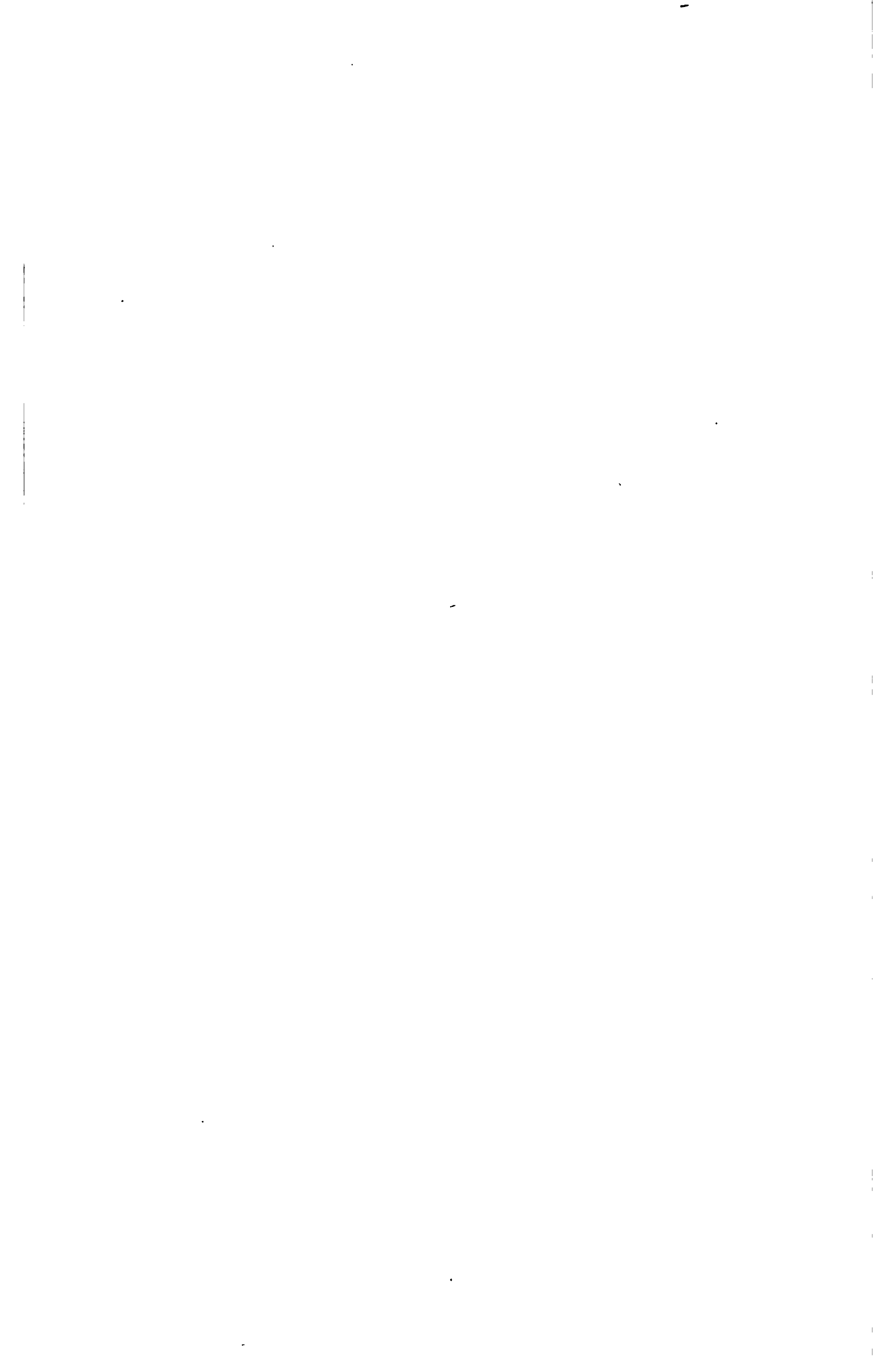


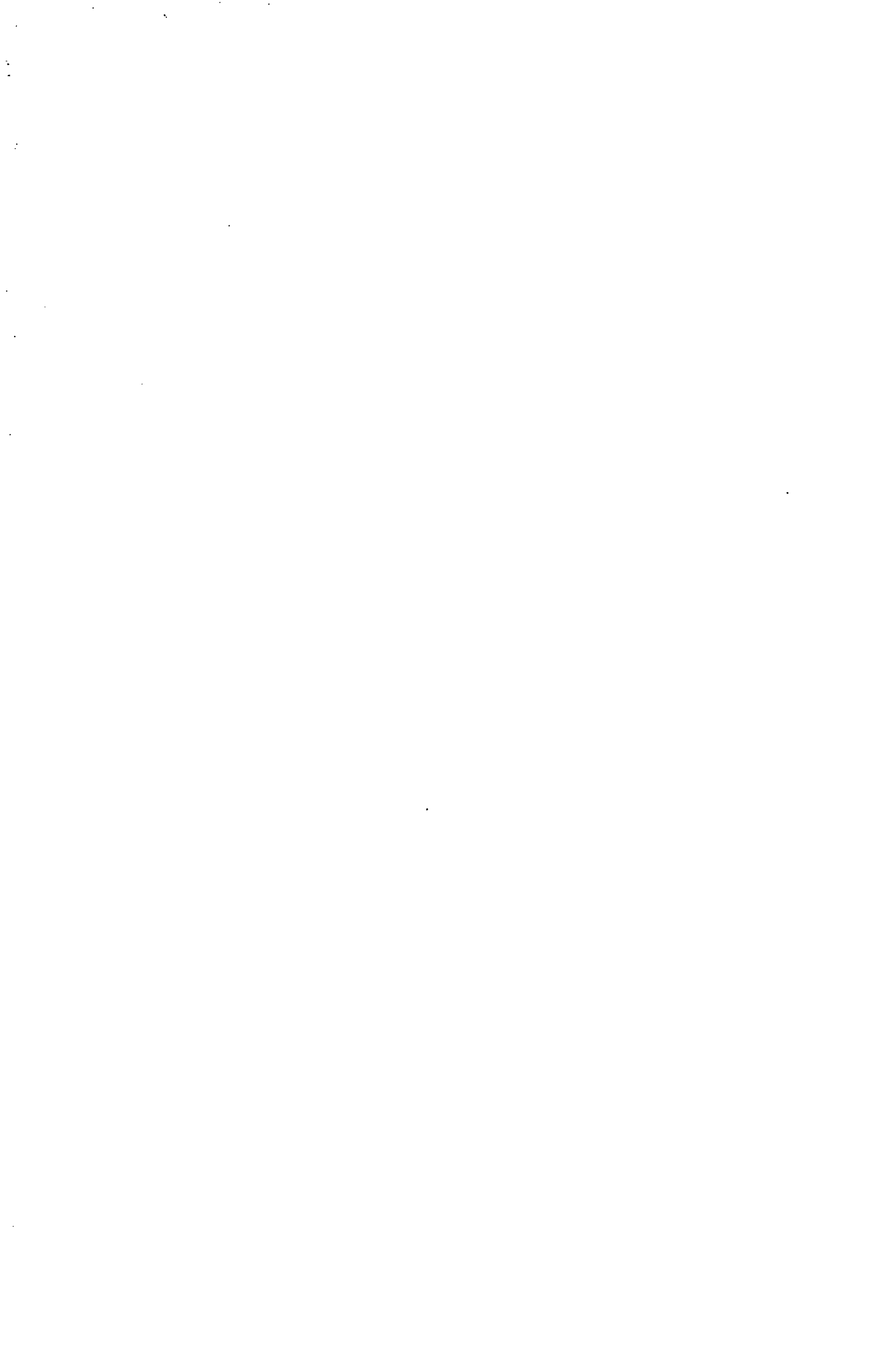












Centralblatt

für

Klinische Medicin.

Herausgegeben

von

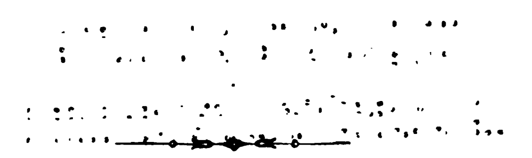
Dr. H. Rühle,
Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler,
a. o. Professor der Medicin in Bonn.

Zweiter Jahrgang.

März 1881 bis März 1882.



Bonn

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen)

1882.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **11. März.** **Nro. 1.**

Ueber die Anwendung der Thymolsäure als Wurmmittel in der Anchylostomen-Anaemie.

Mittheilung von Prof. C. **Bozzolo,**
Director der Propädeutischen Klinik zu Turin.

In diesem Centralblatt (No. 45) habe ich eine kurze Notiz gegeben über die Wirksamkeit des Doliarins gegen Anchylostoma duodenale. Da man heutzutage das Extract. filicis maris, das Doliarin, das Santonin unter Umständen gegen Anchylostoma mehr-weniger activ gefunden hat, lässt es sich vermuthen, dass noch andere Substanzen gegen diese Parasiten wirksam sein können.

Nach meinen früheren Beobachtungen bin ich zur Ueberzeugung gekommen, dass man die zu versuchenden Substanzen in relativ grossen Dosen, und in einer Form darreichen soll, welche ihnen gestattet, gänzlich oder grösstentheils in den Darm zu gelangen, um dort mit den gefährlichen Gästen in Berührung zu kommen.

Aus diesem Grunde versuchte ich wieder die von mir vor einigen Jahren vergeblich angewandte Thymolsäure.

Ich liess das Thymol pulverförmig (in Oblaten) in Dosen von 2 bis 10 Grammen pro die, drei-, vier-, sechsmal täglich nehmen.

Um eine ziemlich concentrirte Lösung im Darm davon hervorzubringen, lasse ich den Kranken eine bestimmte Zeit nach der Darreichung des Thymols etwas verdünnten Branntwein trinken.

In diesen hohen Dosen wird die Arznei gut ertragen; die grössten damit erzeugten Beschwerden sind: Durst, ein unbeständiges Gefühl von Magenbrennen, manchmal Kopfschwere, eine gewisse Schwierigkeit im Urinlassen am Anfange, ein leichtes Brennen längs der Harnröhre während des Durchganges des Urins.

Ich liess sechs mit Anchylostomen behaftete Kranke meiner Klinik das Thymol nehmen. In den Fäces aller dieser Kranken ohne Ausnahme konnte man eine mehr weniger grosse Menge Anchylostomen finden. In den verschiedenen Ausleerungen eines Kranken, welche man nach der Darreichung der verschiedenen Dosen des Remediums untersuchte, zählte man zusammen mehr als 300 Anchylostomen.

In einem sehr schweren Fall, in welchem die Darreichung des Extractum filicis maris gleich darauf Erbrechen hervorbrachte, so dass die Anwendung desselben unmöglich war, wurde die Thymolsäure zu 10 Grammen gut ertragen, und gab vortrefflichen Erfolg, indem in zwei Entleerungen, welche der Darreichung der ersten Dosis des Thymols folgten, mehr als 400 Anchylostomen gefunden wurden.

---

1. Godnew, Zur Kenntniss der recurrenten Form des Scharlachs.
(Medicinsky Westnik 1881. No. 4.)

Verf. theilt folgende Krankengeshichte mit. M. erkrankte am 23. Nov. v. J. an Schüttelfrost, Hitze und Kopfschmerzen; Tags darauf trat allgemeine Schwäche und Schmerzen im Halse ein, gegen Abend Drüsenschwellung am Halse. Am 3. Tage Temp. 39,5, der weiche Gaumen, Uvula, Tonsillen geschwellt, gleichmässig geröthet; am Halse, Brust und Schultern rothe Flecken, die aus dichten, bis stecknadelknopfgrossen Puncten, in gleichem Abstande von einander, bestanden; Gesicht frei. Später bildeten sich am Gaumen kleine eiternde Excoriationen, an den Tonsillen kleine, stecknadelknopfgrosse Geschwürchen; an oben benannten Hautstellen trat diffuse Röthe ein, geringe Milzschwellung; etwas Eiweiss im Urin. — Am 5. Tage letzte Temperatursteigerung — 38,⁰5. — Das Exanthem blasste in den nächsten Tagen ab; Patient erholte sich. — Am 15. Tage Schüttelfrost, Temp. 38,4; Tags darauf 39,3, abermalige Schmerzen und hyperaemische Röthe im Rachen; Temp. stieg auf 41,⁰0, Delirien. — 2 Tage darauf scharlachrothe confluirende, den früheren ähnliche, Flecken am Körper, mit Ausnahme des Gesichts; in darauf folgenden Tagen hohe Temperatur, 39,⁰5—40,⁰8, Puls 125, bedeutende an diphtheritische Affection erinnernde Erscheinungen im Rachen. Am 6. Tage Temperaturabfall, Exanthem wurde blasser. Vom 10. Tage an Abschilferung von grossen mem-

branösen Oberhautfetzen; am 18. Tage Rachen frei, am 15. Patient entlassen.

Es waren also zwei nacheinander folgende Scharlacherkrankungen, denn das Fehlen der Conjunctivalhyperaemie und das von Exanthem freigebliebene Gesicht, äusserst prägnante Röthe des Exanthems, diffuse Verbreitung desselben und Confluenz der Flecken, die Dauer des Eruptionsstadiums, membranöse Schuppen, das erste Auftreten des Exanthems am Halse, die hohen Temperaturen im Eruptionsstadium sprechen für Scharlach und gegen die Verwechselung mit Rötheln. Zwischen beiden Erkrankungen war der Zeitraum zu kurz, um eine abermalige Scharlachinfection anzunehmen, denn eine solche ist in so kurzer Zeie nie beobachtet worden. Für ein Recidiv ist es auch nicht anzusehen; dann müsste die abermalige Erkrankung noch vor dem Ablauf der ersten eingetreten sein, was dieses mal nicht der Fall war. — Thomas hält derartige Krankheitsbilder für Combination des Scharlachs mit febris recurrens, aber G. verwirft diese Auffassung für seinen Fall vollständig, da eine mehrmalige Untersuchung des Blutes auf Spyrochäten sich immer als negativ erwiesen hat. Desshalb glaubt G. hier die sogenannte recurrente Form des Scharlachs beobachtet zu haben, die schon früher von Dr. Trojanofsky beschrieben worden ist

Krusenstern (Petersburg).

---

2. **Bericht über die Ruhrkranken des Kaiser Alexander-Garde-Grenadier-Regiments No. 1 während ihrer Behandlung im Garnison-Lazareth No. 1.** (Aus den Acten des Königl. Kriegs-Ministeriums. Deutsche Militärärztliche Zeitschrift 1881. Heft 1.)

Im Ganzen erkrankten in dem Zeitraum vom 1.—25. Juli 1880 44 Mann an Ruhr, wovon nur einer starb. Die Krankheit erlosch nach sorgfältiger Desinfection der Latrinen.

Nach dem Berichte des Stabsarztes Dr. Zunker trugen die Erkrankungen die Kennzeichen der infectiösen, also diphtheritischen Natur. Bei allen Kranken fanden sich Symptome der Allgemeinerkrankung, Fieber, hoher Schwächegrad besonders in der Herzthätigkeit, bei schwereren Fällen Milzschwellung und als Complication auftretende Erkrankung grösserer Gelenke. Entleerungen aus dem Mastdarm sehr reichlich, microscopisch ohne besonderen Befund. Behandlungsdauer 1—6 Wochen. Die Höhe des Fiebers und der Allgemeinerkrankung entspricht nicht der Ausbreitung des Prozesses im Darm, dafür bietet uns die Zahl und Art der Entleerungen Anhaltspunkte, denn die Resorption fauliger Substanzen, „welche im Darm selbst aus den mortificirten Gewebstheilen gebildet werden", bedingt die Allgemeinerscheinungen.

Therapie: Jeder Kranke bekam sofort 30—50 gr. Ricinusöl, etwas später 1,5 gr. Colamel refr. dosi zu 0,25, letzteres um die Fäulnissfähigkeit des Darminhaltes herabzusetzen, und am Schluss des ersten Tages noch einmal 30 gr. Ricinusöl. Ferner wurde der Dickdarm selbst ausgespült und dadurch gewaltige Schleimmassen entleert.

Es wurde nämlich ein elastisches Rohr (einem Nelatonschen Katheter gleichend) von $^1/_2$ Meter Länge meist mit geringem Schmerz eingesetzt und $1-1^1/_2$ Liter einer Lösung von Borax und Natron salicylicum 3—4 pCt., später Borax und Acid. salicyl. $^1/_2$ pCt. je nach der Menge des Schleimes, des Fiebers und des Blutabganges 1—4 mal täglich eingegossen. Bei sehr starken Blutungen wurde die Lösung eiskalt injicirt, selten wurde eine $1-1^1/_2$ procentige Lösung von Plumb. acet. benutzt. Collaps oder Intoxicationserscheinungen traten nie ein.

Unter dieser Behandlung besserten sich regelmässig und gleichmässig alle Symptome.

Gegen Tenesmus und Leibschneiden gab Z. Morphium subcutan oder in Cacaosuppositorien à 0,01, sowie Breiumschläge. „Waren die Stuhlentleerungen nur noch mit geringen Schleimmassen behaftet, so fielen die Eingiessungen fort, die Kranken erhielten Suppositorien aus Gerbsäure à 0,3 mit durchaus günstiger Wirkung.“

Eine specifische Wirkung will Verf. dem Borax oder der Salicylsäure nicht zuschreiben, die Ausspülungen sollen nur die abgestossenen fauligen Massen entfernen. Desshalb bieten selbst starke Blutungen keine Contraindication gegen die Ausspülungen, da die Haemorrhagien doch nur durch das Fortschreiten der diphtheritisch necrotisirenden Processe hervorgerufen sind.

Bartold.

---

3. **Dr. Zander** in Eschweiler, **Zur Lehre von der Aetiologie, Pathogenie und Therapie der Rachitis.** (Virch. Arch. Bd. 83, p. 377.)

Die Lehre der Rachitis besteht darin, dass die Kalksalze durch irgend eine Störung des Ernährungsprocesses nicht ins Knochengewebe abgelagert, sondern unbenutzt wieder mit dem Stuhl entleert oder durch den Urin aus dem Blute ausgeschieden werden; nach Seemann besteht die Grundursache dieser Ernährungsstörung in der mangelhaften Bildung von freier Salzsäure; Bunge hat nachgewiesen, dass, wenn Kalisalze, z. B. phosphorsaures Kali in einer Lösung mit Chlornatrium zusammentreffen, sich Chlorkalium und phosphorsaures Natron bilden und dass die neugebildeten Salze als solche durch die Nieren ausgeschieden werden und dass durch eine grössere Zufuhr von Kalisalzen auch eine grössere und schnellere Ausfuhr von Natronsalzen herbeigeführt wird; nach dem Verfasser kann hierdurch der ganze Process erklärt werden. In Folge des Ueberwiegens der Kalisalze und der Phosphorsäure vor den Natronsalzen und dem Chlor werden dieselben unbenutzt aus dem Organismus ausgeschieden und in Folge dessen kommt es nicht zur Bildung einer hinreichenden Menge von freier Salzsäure im Magen, wie sie zur Lösung der Kalksalze nöthig ist; durch die Störung der Bildung von freier Salzsäure leidet auch die Magenthätigkeit, wie man es bei jedem rachitischen Kinde beobachten kann. Verfasser hat durch Bestimmung der Natronsalze und der Kalisalze, die sich in der normalen Milch wie $1:2^1/_2$ und des Chlors und der Phosphorsäure, die sich wie 1 : 1 bis 2 verhalten, gefunden, dass

die Kinder bei diesem Verhältniss gut gediehen; in den Fällen, wo in der Milch die Kalisalze und die Phosphorsäure überwiegen, waren die Kinder mehr oder weniger rachitisch. Die Therapie der Rachitis besteht deshalb in der Beseitigung des Missverhältnisses der Salze und der Wiederherstellung des richtigen Mischungsverhältnisses derselben in der Milch, und zwar von Natronsalzen und Kali im Verhältniss von 1 : 2 und von Chlor und Phosphorsäure von 1 : 1 höchstens 2.

Die Muttermilch wird dadurch verbessert, dass die Frau statt der vegetabilischen mehr animalische Kost nimmt; alle Mehlbreie sind zu verwerfen; Kuhmilch kann durch Zusatz von Chlornatrium verbessert werden. An Peulkes Milchsalz tadelt der Verfasser, dass demselben das phosphorsaure Salz, an welchem die Kuhmilch schon von Natur sehr reich, zugesetzt ist; durch einen entsprechenden Zusatz von Chlornatrium zu dem vorhandenen könnte das richtige Verhältniss der Phosphorsäure zu Chlor erzielt werden und man hätte dann einen geringeren Ballast von Salzen. Das Packetchen von 12 gr Gewicht enthält 10 gr Milchzucker und 0,1026 Phosphorsäure und 0,254 Chlor; durch Zusatz dieses Pulvers auf 100 gr Milch resultirt das richtige Verhältniss der Phosphorsäure zum Chlor. In der normalen Milch ist 0,264 Phosphorsäure und 0,075 Chlor enthalten.

Kohts (Strassburg).

---

4. **Dr. M. Breuer** (Wien), **Ein Fall von Lepra.** (Vierteljahrschr. für Dermat. u. Syph. 1880. 4. S. 529.)

B. theilt einen Fall von Lepra (Mischform einer tuberösen und anaesthetischen), den er im Rothschild-Spital (Wien) beobachtet hat, mit. Patient stammt aus Jerusalem und ist seit 10 Jahren erkrankt; Heredität als ätiologisches Moment nicht nachzuweisen. Nach einem Aufenthalte im Walde während einer kalten Winternacht, traten bald Blasen an Händen und Füssen auf, die beim Platzen eine gelblich seröse Flüssigkeit entleerten und das Corium blosslegten. Der status praesens ergab: Beide n. facialis paretisch, Nase eingesunken durch Schwund des septum, Nasenschleimhaut mit kleinen Knoten besetzt. Auf dem linken Bulbus ein Knoten (17 mm lang, 15 mm breit, 11 mm hoch); an der rechten cornea ein Knötchen. An Wangen und Stirn Knoten von Haselnussgrösse. Augenbrauen und Cilien fehlen; am Stamme keine Knoten, sondern nur weissliche Hautstellen (Narben der Pemphigusblasen) ähnliche Stellen fanden sich an den unteren Extremitäten, besonders an den Beingelenken. Im subcutanen Bindegewebe der Extremitäten bei Druck schmerzhafte kleine Knoten, welche in der Nähe der Hand- und Fussgelenke gruppenförmig gelagert sind. In der rechten Ellbogengegend ist ein grosses knotenförmiges Ulcus, welches die Gelenkbänder freigelegt hat. Aehnliche, aber kleinere Geschwüre finden sich um den tuber ischii und trochanteren; die planta pedis beiderseits mit Rhagaden besetzt. Der Haarwuchs der unteren Extremitäten ist verschwunden, die Haut zeigt eine kleienförmige Abschuppung. An den Füssen und Zehen fehlen Phalangen, während die letzte Pha-

lanx kolbenartig aufgetrieben ist; die Hände und Füsse missgestaltet, ödematös. Die Schleimhaut des harten Gaumens zeigt Knoten, der weiche Gaumen narbige Einziehungen. — Die Epiglottis hat exulcerirte Knoten, das rechte Stimmband ist knotig verdickt. Lunge, Herz und Nieren bieten nichts Abnormes. Die Reizbarkeit durch den elektr. Strom ist bes. im Gebiete des oculomotorius, peronaeus und tibialis herabgesetzt; die Sehnenreflexe sehr deutlich ausgesprochen. Die Haut zeigt im Ganzen und Grossen eine verminderte Sensibilität; die weisslichen Stellen besonders an den Knien sind ganz unempfindlich und zeigen eine geringere Temperatur als die übrige Haut. Pat. bekam Decoct. Zittmanni; auf die Geschwüre wurde Empl. hydrargyr. applicirt. Patient wurde gebessert entlassen.

Doutrelepont.

---

5. **Prof. Doyer, Over adenoïde vegetaties der neusholte.** Die adenoiden Vegetationen der Nasenhöhle. (Weekblad van het nederlandsch tydschrift voor geneeskunde. 1881. No. 5.)

In vorstehender Zeitschrift leitet Verf. nochmals die Aufmerksamkeit des medic. Publikums auf die zuerst von W. Meyer im Archiv für Ohrenheilkunde 1873 u. 74 genau beschriebene Krankheit. Nach Verf. Erfahrungen ist sie viel weiter verbreitet als bisher angenommen. Von 4000 in Leiden untersuchten Schulkindern zwischen 5—16 Jahr, konnte Verf. bei mehr als 200 (5%) die Krankheit constatiren. Es wurden namentlich die Kinder einer genauen Untersuchung unterworfen, die durch ihr wesenloses Antlitz und offnen Mund auffielen und nur solche für krank gehalten, denen die Aussprache der Buchstaben m, n, ng Schwierigkeiten machte: m. a. W. bei denen die Exspirationsluft nur mangelhaft oder gar nicht durch die Nase entweichen konnte. Die Untersuchung war theils eine rhinoscopische, theils eine digitale.

Erstere wurde oft durch starke Empfindlichkeit der Kehle unmöglich gemacht; letztere gelang immer.

Therapie bestand in Zerkratzen der weichen und kleinen Wucherungen mit dem Fingernagel, während die grösseren mit Ringmesser u. s. w. entfernt wurden. Nach achttägiger Pause wurde cauterisirt, so lange bis nur kleine nicht blutende Unebenheiten auf der Mucosa gefunden wurden. Diese blieben bestehen, waren jedoch vollkommen unschädlich. Sowie das Grundleiden gehoben, bemerkte Verf. in den meisten Fällen eine überraschende Besserung der früher fast idiotischen Physiognomie, während Sprach- und Gehörstörungen vollständig verschwunden waren.

Gerke (Amsterdam).

---

6. v. St. Germain. Tracheotomie in einem Acte. (Revue médicale française et étrangère und Gazette des hôpitaux civils et militaires.)

v. St. Germain hat im hôpital des enfants malades 227 Tracheotomien in einem Act ausgeführt, ohne einen einzigen mit der Operation zusammenhängenden Unfall gehabt zu haben.

Herr v. St. Germain legt das Kind auf einen Tisch, die Schultern werden durch Kissen gestützt, und der Kopf, herunterhängend, wird von einem Assistenten gehalten. Er fixirt den Larynx mit der linken Hand, indem er ihn an seinen seitlichen und hinteren Theilen fasst, wie wenn er ihn von der Columna vertebralis wegziehen wollte. Mit der rechten Hand sticht er ein grades und schmales Bistouri in die Membrana crico-thyreoidea ein, so dass die Schneide nach dem Sternum hin gewendet ist, und stösst es 15 mm ein. Nachher spaltet er mit dem Messer sägend und nicht drückend die Cartil.· cricoidea, die 2 oder 3 ersten Ringe der Trachea, den Isthmus der Gland. thyreoidea und die Haut. Beim Zurückziehen des Messers verlängerte er den Hautschnitt einige Millim. nach unten, um den Abfluss der Säfte zu erleichtern.

Die Wundränder werden mit dem Dilatator auseinandergehalten und die Canüle eingeführt.

Manchmal entsteht eine kleine Blutung aus der Anastomose der Art. thyreoidea, auf der Höhe des Isthmus der Gland. thyreoidea. Diese kleine Haemorrhagie hört bald auf. Würde sie fortdauern, so könnte man sie stillen durch Einführen einer grössern Canüle.

Kohts (Strassburg).

---

7. Ueber die acute Pleuritis beim Kinde. (Revue médicale française et étrangère 22. Jan. Clinique médicale de l'hôpital des enfants malades. Leçon d. Ms. Jules Simon 29. Dec. 80.)

Das Seitenstechen beim Erwachsenen hat seinen Sitz in den Intercostalräumen, während dasselbe beim Kinde tiefer unter den Rippen, im Bauch und auf der dem Exsudat entgegengeseten Seite empfunden wird. Die anderen Symptome sind: ein wenig Dyspnoe ohne Expectoration, Mangel des Fremitus, absolute Dämpfung, die am besten bei nur leichter Percussion zu konstatiren ist. Bei der Auscultation hört man kein Reibungsgeräusch. Das Athmungsgeräusch ist abgeschwächt, zuerst hört man einen leichten Hauch, der mit Zunahme des Exsudats an Intensität zunimmt, und zuletzt Bronchophonie.

Die Differentialdiagnosen zwischen Pleuritis und Pneumonie sind am Anfang manchmal sehr schwer, da eine beginnende Pleuritis von einer solchen Lungencongestion begleitet sein kann, dass man zuerst an Pneumonie denkt.

Das Fieber dauert 6—8 Tage.

Nach ungefähr 16 Tagen scheinbare Abnahme des Exsudats, bedingt durch Zusammensinken der Lunge. Die Abnahme beginnt in

der 3. Woche und die Heilung tritt in 1—1½ Monat ein. Prognose ist gut bei einem über 5 Jahre alten Kinde.

Wird das Exsudat eiterig, so tritt hectisches Fieber und Consumption ein.

Therapie: Bettruhe, diuretische Getränke, alle 2 Tage 3 bis 4 Calomelpastillen zu 0,65, Application von Vesicatoren von 3 bis 5 cm Durchmesser, die man 4—5 St. liegen lässt und einigemale wiederholt. Dabei Diät. Bei längerer Dauer der Krankheit reibt man einigemal Crotonöl ein.

Die Indicationen der Thoracocentese sind:

1. Entstehen eines grossen Exsudats in Zeit von 24—36 Stunden mit Gefahr der Erstickung.

2. Wenn das Exsudat nach 1½ Monat noch bis zur Clavicula hinaufreicht.

5. Wenn das Exsudat eiterig geworden ist.

Rechts soll zwischen der 5. und 6., links zwischen der 6. und 7. Rippe punktirt werden. Die Höhle soll nur langsam und nicht gleich das erste Mal geleert und nachher eine Drainröhre eingelegt werden. Beim Weglassen dieser Röhre muss Vorsicht gebraucht werden, um die Oeffnung nicht zu geschwind sich schliessen zu lassen.

Die Thoracocentese soll nicht vor dem Alter von 5 Jahren gemacht werden.

Kohts (Strassburg).

---

8. **Prof. Winogradoff** (in Kasan), **Zur Lehre über auscultatorische Erscheinungen an den peripheren Arterien bei organischen Herzfehlern.** (Dnewnik wratschej w Kasani 1881. No. 2.)

Verf. berichtet über einen Fall von Aorteninsufficienz, an dem er ein deutliches diastolisches Geräusch an den aa. brachialis und femoralis gehört hat, welches nicht von Druck des Stetoskops bedingt war.

(Bekanntlich kann durch Eindrücken der Arterie bei Aorteninsufficienz auch ein zweites Geräusch erzeugt werden, welches vom Rückfluss des Blutes durch die künstlich verengte Stelle bedingt ist.)

Die Krankengeschichte ist in Kürze folgende: Patientin N. M., 30 Jahre alt, leidet seit 1879 an Palpitation des Herzens. Im Sommer 1880 behauptete sie bei Aufregung oder Treppensteigen neben beängstigendem Herzklopfen ein lautes Geräusch selbst wahrgenommen zu haben; bei ruhiger Lage war dasselbe nicht hörbar. — Das Herz fand W. mässig vergrössert, Herzstoss im 6. Intercostalraum; an der Herzspitze der erste Ton rein, ein deutliches diastolisches, klingendes Geräusch, das aber am deutlichsten über der Aorta zu hören ist; dieses Geräusch war sogar in einiger Entfernung vom Thorax hörbar. Der erste Ton über der Aorta etwas schwächer als an der Herzspitze und nicht ganz rein. Sichtbare Pulsation der Carotiden, man fühlt an der Arterie fremissement cataire. Radialarterie weich; P. 76,

kaum dicrotisch, hüpfend; der Sphigmograph giebt eine steil aufsteigende Verticale, welche kurze Zeit auf gleicher Höhe verharrt. —

Ueber der a. carotis communis lassen sich folgende auscultatorische Erscheinungen constatiren: anstatt des ersten Tones ein hauchendes, anstatt des zweiten ein klingendes Geräusch; an der Brachialarterie ebenfalls, nur etwas kürzer, zwei Geräusche: eines der Erweiterung entsprechend, das andere synchron mit der Diastole des Herzens. Diese zwei Geräusche sind an der Aa. femoralis noch schwächer, als an der Brachialarterie. — Sonst keine abnorme Erscheinungen; täglich ca. 1170 cm Urin, rel. Gew. 1,013, keine abnorme Bestandtheile im Harn.

Es lag also eine zweiffellose Aorteninsufficienz vor; sphigmographische Curven deuten auf eine gleichzeitige Stenose der Aorta hin. —

W. hält das beschriebene Geräusch an den aa. brachialis und femoralis für ein vom Herzen im Gefäss selbst fortgeleitetes, da, wenn man das Stetoskop nicht an die Art. selbst, sondern in deren nächster Umgebung ansetzte, ein Geräusch nicht wahrnehmbar war.

Krusenstern (Petersburg).

---

9. **H. Kraussold, Ueber die Krankheiten des Processus vermiformis und des Coecum und ihre Behandlung, nebst Bemerkungen zur circulären Resection des Darmes.** (Volkm. Samml. klin. Vortr. No. 191. Leipzig 1881.)

K. gibt eine ausführliche Darstellung des klinischen Symptomenbildes der Perityphlitis. Er sucht nachzuweisen, dass eine genauere anatomische Diagnose, als mit diesem Worte gegeben ist, in vielen Fällen möglich sein wird. Energisch redet er gegenüber der bisherigen gewohnheitsmässigen symptomatischen Behandlung operativ chirurgischen Eingriffen das Wort. — Frühzeitige Eröffnung der sich bildenden Abscesse, Resection carcinomatöser Darmpartien. — Besonders eingehend werden die Erkrankungen des Processus vermiformis besprochen, welche nach den anatomischen Untersuchungen und Krankenbeobachtungen des Vf. sehr viel häufiger vorkommen und grössere Bedeutung haben als man bisher anzunehmen pflegte.

Der Wurmfortsatz wird in sehr verschiedener Längenausdehnung (bis 16 Cm.) und Durchmessergrösse gefunden. Vor Allem aber ist seine Lagerung eine ausserordentlich schwankende.

Nach Henle ist er normalerweise über den Rand des kleinen Beckens herabhängend gelagert. Kr. fand ihn bald gerade entgegengesetzt, d. h. am äussern Rand des Colon acsendens direct nach oben ziehend, bald nach innen sich um den Dünndarm bei seinem Eintritt in das Coecum von unten her herumschlagend. Ein Mal lag er, abnorm lang, mit seiner Spitze, spiralich aufgerollt, im Bruchsack einer Hernia inguinalis. In manchen Fällen war er abnorm kurz, ganz nach vorn und oben geschlagen, oder direct nach aussen gegen die Crista des Darmbeines ziehend. 2 Tafeln mit 6 Abbildungen verdeut-

lichen diese „abnormen Lagerungen“, Geschwüre (bei Phthisis und Tuberculose), Narben und vollständige Narbenstricturen (nach Typhus, Syphilis) sind häufig im Wurmfortsatz. Ein Mal war die Strictur eine vollständige, das Ende in eine kolbige, zähen glasigen Schleim enthaltende Cyste verwandelt. Ausser den bekannten Sorten von Fremdkörpern wurde ein Mal ein Stück Trüffel (tödtliche Perforation ins Peritonaeum veranlassend), ein Mal ein Convolut von 10 Stück Trichocephalus dispar in ihm gefunden. 4 Mal wurden Neubildungen in Gestalt von Carcinomen beobachtet. Die localen Symptome werden von Proc. vermiformis ausgehenden Formen der Perityphlitis je nach der wechselnden Lage desselben sehr verschieden sein können. Ist derselbe z. B. nach innen ins kleine Becken gelagert, so werden die Erscheinungen für's erste die der umschriebenen Peritonitis und sodann, je nach der Lage, die der parametritischen Eiterung, der Periproctitis, der Pericystitis sein können. In anderen Fällen (process. vermif. nach aussen und oben geschlagen) werden Erscheinungen der Perinephritis und (2 Fälle) Bildung von Abscessen zu beobachten sein, die durch die Fascia lumbo-dorsalis perforirend über der Darmbeinschaufel nach aussen treten, u. s. w. —

Besonderes Interesse verdienen die Beobachtungen von Neubildungen (Carcinomen), die sich im Darme entwickelten. Drei Mal hatten dieselben ihren Sitz am Coecum in der Gegend der valvula Bauhini. Ein Mal bestand ein ringförmiges hartes Carcinom der Flexura sigmoidea. Die ersten Beschwerden, die diese Neubildungen bereiteten, waren Fieber und entzündliche Erscheinungen (Symptomenbild der acuten Perityphlitis). In einem Fall bestand vom Beginn bis zum Ende des Leidens abendliches Fieber von 39,8° C.

K. empfiehlt durch die circuläre Resection des Darmes (Gussenbauer) einen Versuch zu machen auch dieses Leiden, gegen das jede sonstige Therapie ohnmächtig ist, zu bekämpfen. Er hat zwei Mal diese Operation ausgeführt. — 1) Ringförmiges obstruirendes Carcinom der Flexura sigmoidea bei einem 57jähr. Mann. — Resection. — Heilung. — Tod nach 6 Monaten an Marasmus, Recidiv in den Mesenterialdrüsen. Der zweite Fall wird ausführlich mitgetheilt: Ein 62j. Mann erhielt April 1873 einen Steinwurf in die rechte Leistengegend. — Seitdem Beschwerden. — Allmählige Entwickelung einer schmerzhaften Geschwulst. 1878 Incision und Entleerung jauchigen Eiters. — Bildung einer Fistel, durch die sämmtlicher Koth entleert wird. 12. IV 1879 Operation. Exstirpation eines die Valvula Bauhini, Coecum, Processus vermif. einnehmenden, carcinomatösen Tumor. Circuläre Darmnaht (nach Lembert mit carbolisirter Seide). Tod 2½ Stunde nach der Operation unter Collapserscheinungen. Die Section zeigt, dass die Neubildung mit Ausnahme einer tief im Mesenterium versteckten kirschgrossen Drüse vollständig entfernt war. Kleine Metastase des rechten Leberlappens. Das vernähte Darmstück vollkommen schlussfähig. Madelung.

10. **Werth, Ein Fall von Haemoglobinurie, unter der Geburt beobachtet.** (Archiv für Gynäkologie Bd. XVII. Heft 1.)

Eine 22jährige Ipr., mit rhachitisch allgemein verengtem platten Becken, dessen Conjugata vera auf 7 cm geschätzt wurde, kam am 30. März d. J., der 36. Woche der Schwangerschaft, in die Klinik. Die ersten Anfänge der Geburtsthätigkeit waren bereits zu constatiren. Zu weiterer Anregung derselben und behufs gründlicher Desinfection der Vagina wurde der in Knieellenbogenlage Gebrachten eine protrahirte Vaginaldouche (32° R.) gegeben. Am nächsten Tage erfolgte bald nach dem Auftreten ausgesprochener Geburtswehen der Blasensprung bei markgrossem Muttermunde. Drei Stunden später wurde die von vornherein als nothwendig erkannte Perforation des über dem Beckeneingange mit dem hinteren Scheitelbein vorliegenden Schädels ausgeführt. Die von derselben erhoffte Wirkung blieb für eine Reihe von Stunden aus. Der Kopf rückte nicht vor, nur der Muttermund allmälig etwas weiter hinauf, dem Schädel näher, ohne nachzugeben. Sieben Stunden nach der Perforation noch derselbe Zustand, wie unmittelbar nach dieser Operation.

In der rechten Beckenhälfte fand sich jetzt eine längs der Seitenwand ziemlich weit nach hinten sich erstreckende Geschwulst, die circa apfelsinengross, rundlich, anscheinend schlaff mit Flüssigkeit erfüllt ist und von der rechten Seite her mässig in die Scheide prominirt.

V.'s Zweifel über die Natur der Geschwulst entscheidet der Katheter. Er wendet, in die Urethra eingeführt, bald seinen Schnabel nach rechts und unten, wird in der Geschwulst fühlbar und entleert, während diese allmälig verschwindet, einige Hundert Cubikcentimeter eines eigenthümlich aussehenden Harnes. Derselbe ist trübe, portweinfarben, geruchlos. Beim Kochen setzt sich ein braunrothes Coagulum ab. Im Sediment finden sich Anhäufungen kleinster rothbrauner und lichtgelber Körnchen, daneben zahlreiche blasse Cylinder von verschiedenem Kaliber, manche mit gabliger Theilung, ein Theil von ihnen mit Granulis besetzt; ausserdem ziemlich viel blasse Stromata ehemals rother Blutkörperchen, einzelne anscheinend intacte rothe und spärliche Blutzellen.

Die Geburt wurde einige Stunden danach mit dem Kranioklast zu Ende geführt. Zersetzungserscheinungen an der Frucht und den Geburtsflüssigkeiten waren nicht vorhanden. Die Nachgeburt wurde ohne Mühe exprimirt, eine leichte atonische Nachblutung durch Injection heissen Carbolwassers in den Uterus (40° R.) rasch beseitigt. Der Verlauf des Wochenbettes war, abgesehen von einer eintägigen geringen parametritischen Reizung, normal. Der am ersten Tage post partum spontan entleerte Harn hatte noch dasselbe Aussehen und im Sediment die nämlichen Körnchenhaufen, wie der oben beschriebene. Harncylinder fanden sich nicht mehr. Der später gelassene Urin war durch stärkere Beimischung der blutigen Lochien für die Untersuchung untauglich.

Eine am sechsten Tage mit dem Katheter genommene Harnprobe war klar, strohgelb, enthielt in geringer Menge Eiterkörperchen und dementsprechend Eiweiss in eben noch wahrnehmbaren Spuren.

Der Haemoglobingehalt des mit dem Katheter entleerten Urins war ein bedeutender. Der Farbstoff war in demselben nur zum Theil als körniger Niederschlag enthalten, zum Theil in Lösung, wie eine von Herrn Dr. Bockendahl vorgenommene spectroskopische Untersuchung des Filtrates mit Bestimmtheit ergab.

Als Wehenreiz und behufs Desinfection der unteren Geburtswege waren von Anfang an die üblichen warmen Carbolwasserinjectionen gemacht worden. Nach Perforation des Schädels wurden dieselben häufiger — in halbstündigen Zwischenräumen — ausgeführt. V. vermuthete eine Verbrühung durch einige zu heisse Douchen. Eine allmälig zunehmende Anschwellung der Wand des Mutterhalses und Scheidengewölbes wurde in dem fraglichen Geburtsabschnitte bemerkt, aber als einfache Wirkung des erschwerten Geburtsactes betrachtet — sie könnte jedoch zugleich der Ausdruck einer oberflächlichen Verbrennung gewesen sein. Das genauere Verhältniss von Ursache und Wirkung, die Bedingungen, unter welchen bei einer Verbrennung das Gesammtblut in Mitleidenschaft geräth, der Einfluss, den eine partielle Destruction seiner Verbrennung übt, Alles das habe noch neuerdings von Lesser einer eingehenden Erörterung und Untersuchung unterzogen.

Kocks.

---

11. **Dr. W. J. Rasumow** (Moskau), **Zur Statistik der Schanker der Vaginalpartien.** (Vierteljahrsch. für Dermat. u. Syph. 1880. 4. S. 517.)

Nach Aufführung der in der Litteratur aufgezeichneten Ansichten über die Häufigkeit der Schanker der portio vaginalis, welche als eine Seltenheit angesehen werden, theilt R. seine Erfahrungen an Prostituirten, welche er als Direktor der Abtheilng für Syphilis im Mjasnitzkischen Krankenhause gemacht hat, mit. Die meisten Geschwüre stellen einen grösseren Substanzverlust dar, die Ränder sind unterminirt, und haben einen Entzündungshof; der Grund ist uneben, ausgenagt, mit gelblichem Secrete bedeckt. Der harte Schanker ist gewöhnlich flach, oft erhaben, ohne grossen Substanzverlust, und ohne scharfe Ränder; der Grund desselben ist mehr glatt, grau oder röthlich, die Sekretion spärlich, selten eitrig, mehr serös. Die Umgebung zeigt die charakteristische Induration. Die Lymphdrüsen sollen beim Ulcus molle selten afficirt sein, und zwar nur in den Fällen, wo neben dem Schanker der port. vag. noch Ulcera der äusseren Geschlechtstheile vorkommen. Nach Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Schanker und follicularen Geschwüren, Erosionen, herpetischen Geschwüren, Krebs und Tuberculose der portio führt R. an, dass er während 4 Jahren 1374 Schanker an verschiedenen Theilen der Geschlechtsorgane und deren Umgebung beobachtet hat, unter denen 117 an der portio vaginalis sich befanden, 13 waren indurirte; also von circa 8,5% Schanker der portio waren circa 1% indurirte. Sie fanden sich auf beiden

Lippen der Gebärmutter und umgaben am häufigsten den Gebärmuttermund. Sie waren weniger vertieft, als die der Haut und ihr Verlauf protrahirter, als an anderen Orten.

Doutrelepont.

---

12. **Malcolm Morris, On the Diagnosis and Treatment of Ringworm.** Diagnose und Behandlung des Herpes tonsurans. (Lancet 1881. No. 5 u. 7.)

M. hebt die für die Diagnose schwierigen Fälle hervor und betont, dass an der behaarten Kopfhaut der Herpes tonsurans nicht blos in der Form von einzelnen Plaques, sondern auch unter dem Bilde eines über den ganzen Kopf verbreiteten squamösen Eczemes vorkomme. Nur die Prüfung der Haarwurzeln auf Pilze könne hier vor Irrthümern schützen.

In Bezug auf die, soweit der Haarboden betroffen ist, meist sehr langwierige Behandlung der Affection, empfiehlt M. die Anwendung von Parasiten tödtenden Mitteln, hält aber die Carbolsäure für zu reizend und gibt dem Thymol und Menthol den Vorzug. Er verbindet dieselben mit Chloroform und Olivenöl. Um zu prüfen, ob das Thymol durch Einreiben bis in die Tiefen der Haarwurzeln gebracht würde, rieb er einem Hunde täglich in den Rücken folgende Lösung: Asphalt 2 prts., Chloroform 8, Ol. Olivarum 24. Nachdem dies 25 Tage lang fortgesetzt worden war, wurde der Hund getödtet und ein Hautstück gefroren. Es zeigte sich unter dem Mikroskop, dass der Asphalt fast die ganzen Follikel durchdrungen hatte, sicher mehr als ein Drittel derselben. Diese Wirkung schreibt M. dem Chloroform in der Lösung zu. Für den Asphalt substituirte er Thymol in den gleichen Proportionen und hat mit diesem Mittel sehr gute Erfolge gehabt. Ein grosser Vortheil soll darin bestehen, dass es nicht die Haarsäckchen zerstöre und daher keine kahlen Stellen am Kopfe zurücklasse.

Port (London).

---

13. **Robert Liveing, The Threatment of Ringworm by Croton-oil.** Die Behandlung des Herpes tonsurans mit Crotonöl. (Brit. Med. Journ. 1881. Febr. 12.)

L. hat seit einigen Jahren reines Crotonöl gegen den Herpes tonsurans des Haarbodens angewandt und mit dieser bereits bekannten stark reizenden Behandlungsweise günstige Resultate erzielt. Er trägt das Oel 3 bis 4mal in 24stündigen Pausen mit einem steifen Pinsel auf und betreicht eine beschränkte Hautstelle, anfangs nur von der Grösse eines 1 Mk.-Stückes. Die bepinselten Stellen werden weiter mit Cataplasmen behandelt. Wenn die Hautpartie stark geschwollen, werden die Haare ausgezogen. In L.'s Fällen wuchs neues Haar sehr bald nach und die Kur war complet. Uebrigens sollen nach L. nur

chronische Fälle, welche andern Mitteln getrotzt haben, dieser Behandlung unterzogen werden, bei Kindern unter 10 Jahren soll sie keine Anwendung finden, und nie soll das Crotonöl über eine grössere Fläche wie die eines 2 Mk.-Stückes aufgetragen werden. Der Hauptvortheil der Methode ist die Kürze der Zeit, in der man zum Ziele kommen kann.

Port (London).

---

14. **Dr. Oberlaender** (Dresden), **Versuche über die Quecksilberausscheidungen durch den Harn nach Quecksilberkuren.** (Vierteljahrsch. für Derm. u. Syph. 1880. 4. S. 488.)

In einem Vortrage im Verein für Natur- und Heilkunde beschäftigt sich O. mit der Frage, wie lange das längere Zeit verabreichte Quecksilber im Organismus verweilt, und wie, auf welchen Wegen und in welcher Zeit die Ausscheidung stattfindet. Seine Polemik gegen Güntz, sowie seine eigenen Versuche müssen im Originale nachgesehen werden. Die Resultate seiner Untersuchungen fasst O. in folgenden Sätzen susammen:

„1) Die durch keine Kurmittel bewirkte, natürliche und freiwillige Ausscheidung von Quecksilber durch den Harn nach Quecksilberkuren lässt sich bis zum 190. Tage nach dem Aufhören der Incorporation nachweisen. Es finden dabei Exacerbationen und Remissionen, auch vollständig ausscheidungsfreie Pausen statt. Erstere können sich bis auf 8, letztere bis auf 10 Tage erstrecken und sind dieselben nicht an frühere oder spätere Perioden in der angegebenen Zeit gebunden; auch sind Schwankungen und freie Pausen in kleinen Zeiträumen von 12—24 Stunden und noch darunter vorhanden.

2) Die auf irgend welche Weise bewirkte künstliche Erhöhung des Stoffwechsels bietet nach den Untersuchungsresultalen eine Möglichkeit, nicht aber eine Wahrscheinlichkeit und am allerwenigsten eine zwingende Nothwendigkeit zur Ausscheidung des Quecksilbers im Harn.

3) Es ist ebensowenig mit Sicherheit erwiesen, dass die Wiedererscheinung des Merkurs im Harn in der gedachten Zeit mit einer Erhöhung des Stoffwechsels, in specie einem vermehrten Eiweisszerfall im Organismus ursächlich zusammenhängt.

Doutrelepont.

---

15. Dr. **Troitzky, Ueber die Wirkung der convallaria majalis bei nervösen Herzpalpitationen und bei organischen Herzfehlern,** (Wratsch No. 47. 1880.)

Verf. wendet inf. convall. maj. (0,36—0,72 ad 180 gr.) 3—4 Löffel pro die bei an nervösen Herzpalpitationen Leidenden mit gutem Erfolg an: die Aufregung nimmt ab, Dyspnoë vermindert sich, die aufgeregte Herzthätigkeit beruhigt sich. Die Wirkung überdauert 5—9 Tage

den Gebrauch und ist dieses Mittel bei solchen Fällen der Digitalis vorzuziehen.

Bei organischen Herzfehlern, namentlich dem der mitralis ist die Wirkung der convallaria majalis der der Digitalis gleichzusetzen. Bei den organischen Fehlern der Aortenklappen ist der Effect, gerade wie der der Digitalis, geringer. —

Krusenstern (Petersburg).

---

16. Dr. **Bojojawlensky, Zur Frage der klinischen und pharmacologischen Wirkung der convallaria majalis.** (Vorläufige Mittheilung aus dem Laboratorium von Prof. Botkin. Wratsch No. 49. 1880.)

Dr. B. mit der klinischen und experimentellen Prüfung der Wirkung von convallaria majalis beschäftigt, theilt vorläufig Ergebnisse seiner Arbeit mit:

A. Experimente an Fröschen: Nach Einführung einer wässrigen Lösung von spirit. Extr. der convall. maj. in den cruralen Lymphsack eines Frosches werden folgende Erscheinungen beobachtet: 1. Verlangsamung der Herzcontractionen und Verstärkung derselben. 2) Unregelmässigkeiten während der Diastole des Ventrikels, bestehend in mangelhafter Erschlaffung der Muskulatur. 3) Vollkommener tetanischer Stillstand des Ventrikels bei fortgesetzter Pulsation der Vorhöfe und sinus venos. 4) Diese einmal eingetretene Form der Herzbewegung wird nicht beeinflusst weder von electrischen, mechanischen und chemischen Reizen, noch von Stanius'scher Ligatur, noch auch von der Durchschneidung oder Reizung der vagi, auch nicht von der Zerstörung des Centralnervensystems. 5) In der 1. und 2. Periode hat die electrische Reizung der vagi den gewöhnlichen Effect. 6) Durch vorhergegangene Durchschneidung der vagi oder Vergiftung durch Atropin wird die Wirkung nicht beeinflusst. 7) Bei vorhergegangener Zerstörung des Centralnervensystems bedarf man zur Hervorrufung der vollen Wirkung grösserer Dosen. 8) Andere Theile des Muskel- und Nervensystems werden nicht beeinflusst.

B. Versuche an Warmblütern. — Bei directer Injection ins Blut der Warmblüter wird hervorgerufen: 1) eine beträchtliche Verminderung der Zahl der Herzcontractionen mit Erhöhung des Blutdrucks. 2) Darauf folgt eine sehr beträchtliche Vermehrung der Frequenz der Herzcontractionen mit noch grösserer Steigerung des Blutdrucks. 3) Herzstillstand mit Sinken des Blutdrucks. 4) Bei vorläufigem Durchschnitt der vagi tritt eine Verminderung der Zahl der Herzschläge nicht ein. 5) Reizung des periph. Vagusstumpfs giebt während der starken Steigerung der Herzcontractionen den gewöhnlichen Effect nicht, dabei werden aber die Schwankungen des Blutdrucks, die von den Athembewegungen abhängen, sichtbar ausgeglichen, welche

Erscheinung während der ganzen Dauer der electrischen Reizung anhält. 6) Constante Ecchymosen unter dem Endocardium der Ventrikel. —

C. Beobachtungen am Krankenbett an 6 Pat. mit Compensationsstörungen (inf. convall. maj. 3,6—7,2 ad 180 gr.): Harnmenge nimmt beträchtlich zu; gleichzeitige schnelle Resorption seröser Transsudate und Verminderung des Körpergewichts; Puls wird voller, regelmässiger und bisweilen langsamer, besonders wenn die Compensationsstörung auf nervöser Basis beruhte; die Stauung im grossen und kleinen Kreislauf vermindert sich. Cumulative Wirkung nicht beobachtet; die Vermehrung der Harnmenge überdauert den Gebrauch. Bei Complicationen des Herzfehlers mit chronischer Nephritis (ein Fall) trat die harntreibende Wirkung, obgleich in geringerem Grade, doch ein.

Krusenstern (Petersburg).

Neue Bücher.

Bergmann, Die Hirnverletzungen mit allgemeinen und mit Herd-Symptomen. (Samml. klin. Vorträge. Nr. 190.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Gouguenheim, De la laryngite syphilitique secondaire. Avec une planche en couleur. Paris, Masson. 2 fr. 50 cts.

Graefe, Ueber caustische und antiseptische Behandlung der Conjunctivalentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der Blennorrhoea neonatorum. (Samml. klin. Vorträge. Nr. 192.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Hu, Etude historique et juridique sur la responsabilité du médecin dans le droit romain, dans notre ancien droit, dans notre droit actuel, précédé d'un aperçu sur la situation juridique des médecins dans le droit romain. Paris, Maresq. 6 fr.

Kraussold, Ueber die Krankheiten des Processus vermiforis und des Coecum und ihre Behandlung nebst Bemerkungen zur irregulären Resektion des Darms. (Samml. klin. Vorträge. Nr. 191.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Laboratoire d'histologie du collège de Françe. Travaux des années 1879—1880 publiés sous la direction de L. Ranvier. Avec 11 planches lithogr., dont 5 en couleurs. Paris, Masson. 20 fr.

Waller, An Investigation into the microscopic anatomy of interstitial Nephritis. Livingstone, Simpkine. 4 sh. 6 d.

Weiss, Ueber Tetanie. (Samml. klin. Vorträge. Nr. 189.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 19. März. Nro. 2.

---

17. **Ballard, Pork Poisoning at Welbeck; Description of a New Infective Organism in Hams.** Die Welbecker Vergiftung durch Schweinefleisch; Beschreibung eines neuen inficirenden Organismus in Schinken. (Brit. Med. Journ. 5. März 1881.)

Im Juni des vorigen Jahres trat unter einer Anzahl Personen, die einer Versteigerung in Welbeck beigewohnt hatten, eine sich hauptsächlich in Diarrhoeen äussernde Epidemie auf, welche bei 4 der Ergriffenen in Tod endigte. Aus dem officiellen Bericht, welchen Dr. Ballard kürzlich darüber eingereicht hat, lässt sich folgendes entnehmen:

Zwischen 1500 bis 2000 Individuen waren in dem Welbeck'schen Besitzthum des Herzog von Portland (Nottinghamshire) zusammenge-

strömt. Unter den Erfrischungen, welche am Platze zu haben waren, wurde von vielen der Anwesenden Schinken consumirt. Bei 72 derselben wurde die stattgehabte Erkrankung officiell ermittelt, es scheint aber dass noch viel mehr befallen wurden. Durch Ausschluss anderer Ursachen wurde der Schinken als Giftträger zur Evidenz festgestellt.

Die Fälle waren verschieden, was Schwere der Erkrankung betrifft. Incubationszeit 1 bis 1½ Tage und in vielen Fällen traten nach dieser die ersten Krankheitssymptome plötzlich und unerwartet auf; in der Minderzahl bestand schon während der Incubation Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Leibschmerz. Der Anfall selbst wurde gewöhnlich durch Colic, Durchfall und Erbrechen eingeleitet, letzteres war nicht immer vorhanden. Die Leibschmerzen waren gewöhnlich sehr heftig und erzeugten bald Erscheinungen von grosser Schwäche mit kalten Schweissen. Die Ausleerungen, in einigen Fällen überaus profus, sollen sehr übelriechend und gewöhnlich schwarz gefärbt gewesen sein. Muskelschwäche war ein frühes und sehr hervorragendes Symptom in fast allen Fällen. Dabei bestand Kopfschmerz mehr oder weniger und in der Regel quälender Durst. Anfangs war die Haut häufig kalt bei Berührung, später trat Fieber auf und die Temperatur stieg in manchen Fällen auf 38,5, 39,5 und 40,0. — In den tödtlich endenden Fällen stellte sich Collaps ein wie bei Cholera. — Die Reconvalescenz zog sich fast durchgängig über mehrere Wochen hin und grosse Schwäche der Betroffenen war dabei sehr auffallend.

Dr. Ballard verschaffte sich den Rest eines der bei der Versteigerung consumirten Schinken, liess auf die Hälfte desselben die Dünste aus den Abzugsröhren in Welbeck (welchen Manche die Epidemie zugeschrieben hatten) einwirken und übergab beide Theile, sowie ein Stück eines rohen Schinkens von der nämlichen Bezugsquelle, ebenso die Niere eines der Verstorbenen, Dr. Klein zur mikroskopischen Untersuchung. Nach Dr. Klein's interessantem Bericht waren Trichinen in keiner der Proben vorhanden, dagegen ergaben alle drei (der rohe (1), der gekochte (2) und der Schinken, welcher dem Abzugsgas ausgesetzt gewesen war (3)) das Vorhandensein einer Species von Bacillus, mit Sporen von demselben, in Zusammenhang mit den Muskelfasern und im intermuskulären Gewebe. Bacillus-Material von Probe 1 und 2 liess sich mit Erfolg züchten. Thierversuche durch Fütterung und Impfung wurden sowohl mit dem ursprünglichen wie mit dem Züchtungsmaterial gemacht. Die mit Probe 3 veranstalteten ergaben sämmtlich ein negatives Resultat; die mit 1 und 2 fast alle ein positives — Erkrankung der Versuchsthiere. Der Sectionsbefund bei den Thieren ergab durchgängig pneumonische Infiltration (einmal mit Pleuritis) oder Lungenhyperaemie. Mehr inconstant kamen vor: Bluterguss ins Lungengewebe, Vergrösserung und Extravasate in der Leber, Milzschwellung, Peritonitis (in 3 Fällen). Bei 2 Hunden, die mit Probe 2 gefüttert und geimpft worden waren und am 8. Tag getödtet wurden, fanden sich bei der Section die Zeichen einer heftigen desquamativen Hyperaemie oder Entzündung des Magens und Darmkanals, im Darminhalt fanden sich Bacillen und wenig Eiterkörperchen. — Bacillen fanden sich in dem Blut von 2 weissen Mäusen, welche 24 Stunden nach der Fütterung und Impfung mit Probe 1 verendet waren; keine

Bacillen liessen sich aber entdecken in dem Blut von 2 andern Mäusen, welche mit Blut von jenen geimpft worden waren. Gleichwohl hatte sich bei letzteren Pneumonie, Leber- und Milzvergrösserung entwickelt. Bei 4 anderen Thieren, deren Blut nach dem Tod auf Bacillen untersucht wurde, liessen sich gleichfalls keine entdecken.

Die Niere von einem in Folge der Infection Verstorbenen ergab die Zeichen von parenchymatöser Entzündung. Die zuführenden Arterien und die Capillaren der Malpighischen Körperchen waren vollgestopft mit Embolis, die aus Bacillen-Massen zusammengesetzt waren.

Die negativen Resultate der Versuche mit Schinken No. 3 erklärt Klein damit, dass durch den Eintritt der Fäulniss die specifisch schädliche Wirkung des Fleisches zerstört wurde, ohne dass die mikroskopischen Befunde eine Veränderung dadurch erlitten hätten.

Die bei der Versteigerung verzehrten Schinken sollen amerikanische gewesen sein.

Port (London).

---

18. **Dr. Seaton, Pork Poisoning at Nottingham; Discovery of the Same Organism as in the Outbreak at Welbeck.** Vergiftung durch Schweinefleisch zu Nottingham; Nachweis des nämlichen Organismus wie beim Ausbruch zu Welbeck. (Brit. Med. Journ. 5. März 1881.)

Ein Mann starb im vorigen Monat zu Nottingham unter choleraartigen Erscheinungen, und die Erkrankung liess sich auf den Genuss von Schweinefleisch zurückführen. Dr. Seaton ermittelte, dass ausser dem Verstorbenen auch noch dessen Frau und 14 weitere Personen nach Genuss von Schweinefleisch aus dem nämlichen Laden erkrankt waren. Die Symptome sollen ganz ähnlich denen der Welbecker Epidemie gewesen sein.

Die Section des Verstorbenen ergab: flüssiges Blut, Lungen sehr hyperaemisch, von eigenthümlich derber und fleischiger Beschaffenheit, dabei aber doch allenthalben lufthaltig. Mesenterialdrüsen geschwollen und erweicht. — Dr. Klein, welchem Proben des Bluts und der Eingeweide zugeschickt worden waren, konnte die nämlichen Bacillen darin nachweisen, wie im Wellbeck'schen Fall. — Impfversuche bei Thieren ergaben positives Resultat.

Alle übrigen Erkrankten genasen.

Port (London).

---

19. **Lochner** (Schwabach), **Ein Fall von Milzbrand beim Menschen.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1881. Nr. 9.)

Ein Metzger erkrankte acht Tage nachdem er eine kranke Kuh geschlachtet. Er hatte sechs Tage nach dem Schlachten zuerst die Empfindung gehabt, als habe ihn eine Fliege heftig gestochen, und hatte ein kleines rothes Fleckchen bemerkt. Es fanden sich am linken Oberarm zwei schwarzblaue Blasen von Wallnuss- und Kirschkerngrösse, eine ebensolche am Mittelfinger der rechten Hand; ferner am rechten Oberarm sechs kleine rothe Stellen wie starke Flohstiche; der ganze linke Arm war sehr stark geschwollen, heiss und schmerzhaft, die Umgebung der Blasen hart, unter den rothen Flecken eine erbsengrosse verschiebbare Infiltration; Achseldrüsen links geschwollen. Hohes Fieber. Therapie: Incision der Blasen, deren Grund ein leicht blutendes, dunkelblaurothes, wie Granulationen aussehendes Gewebe war; örtliche Application von Carbolsäure (Aetzung mit concentrirter Carbolsäure, da sich um den grossen Anthrax die Epidermis in grossen Blasen erhoben hatte, subcutane Injection von 10 Spritzen voll 2procentiger Carbolsäure), innerlich 1procentige Carbolsäure. Am 6. Tage war der Mann gesund. Die Flecke hatten sich in schwarze trockene Schorfe verwandelt, und die Pusteln vertrockneten allmählich. — Bei mikroskopischer Untersuchung (am 4. Krankheitstage) ergab das Blut keinen deutlichen Bakterienbefund.

Das Fleisch der kranken Kuh war an Arme vertheilt worden, von denen Einige Durchfall bekamen. Von dem Blute hatte ein kleiner Hund geleckt, der hierauf vier Tage lang sehr krank war.

Wolffberg.

---

20. **Damaschino, Contribution à l'Étude du Muguet. Muguet primitif du pharynx.** Beitrag zur Lehre vom Soor. Primärer Soor des Pharynx. (L'union médicale. 1881. No. 14.)

Eine 38jährige hemiplegische Kranke war an einem leichten Rachenkatarrh erkrankt. Einige Tage nach dem Schwinden desselben stellten sich Schlingbeschwerden ein und zeigten sich bei der Inspection beide Mandeln, die Gaumenbögen und die vordere Fläche des Gaumensegels und Zäpfchens mit einer, leicht in kleineren Fetzen ablösbaren, grauweissen Auflagerung bedeckt. Die darunter liegende Schleimhaut zeigte violettrothe Verfärbung, ebenso die die Auflagerung begrenzenden Schleimhautpartieen in der Breite von 2 mm. Fieber und Drüsenanschwellung fehlten. Die mikroskopische Untersuchung abgelöster Fetzen ergab eine grosse Menge Sporen und Schläuche von Oidium albicans mit Epithelzellen vermischt. Im Laufe der nächsten Tage breitet sich die Soorbildung über Zunge und Wangenschleimhaut aus; energische Bepinselungen mit einer Boraxlösung führten bald vollständige Heilung herbei. Der Speichel reagirte stets sauer.

D. hält die primäre Entwicklung von Soor im Pharynx bei Erwachsenen für eine sehr seltene Affection. Zur Entstehung des Soor

sind nach ihm 2 Momente nothwendig: ein günstiger Nährboden und Sporen des Oidium albicans. Bei gutgenährten, gesunden Personen finden die Pilzsporen in der intakten Schleimhaut der Mundhöhle keine zu ihrer Weiterentwicklung günstigen Bedingungen. Anders steht die Sache bei in der Ernährung sehr zurückgekommenen Individuen. In dem letzten Stadium der Phthisis z. B. sinkt mit der allgemeinen Ernährung auch die der Schleimhaut der Mundhöhle; das Epithel stösst sich an verschiedenen Stellen in kleineren oder grösseren Fetzen ab; Schleim und Speichel nehmen saure Reaction an. Gerade an den ihres Epithels beraubten Stellen der Mund- und Zungenschleimhaut finden die Sporen des Soorpilzes einen günstigen Nährboden. Für die Uebertragung des Soors führt D. sodann eine Reihe von Beispielen aus seiner Praxis an. Auch im vorliegenden Falle treffen beide oben erwähnten Momente zu: es handelte sich um eine in Folge von Hemiplegie in der Ernährung zurückgekommene Person, bei welcher die Schleimhaut des Rachens nach dem eben überstandenen Rachenkatarrh noch vulnerabel war, und an dem Tage, an dem bei ihr die Soorbildung zuerst bemerkt wurde, war in dem anstossenden Krankensaale eine Kranke kachectisch zu Grunde gegangen, die seit längerer Zeit an Soor gelitten hatte.

Brockhaus (Godesberg).

---

21. **Herterich** (Würzburg), **Zur Einführung animaler Vaccine.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1881. No. 8.)

Der Verf. hat bereits vor einem Jahre durch seine Versuche und Erfahrungen bewiesen, dass die animale Vaccination mit Erfolgen, die denen der Impfung mit humanisirter Lymphe durchaus ebenbürtig sind, durchgeführt werden könne. Aus seiner neuen Publication ist hervorzuheben: Die Impfung des ersten Kalbes geschah mit hamburger Kalbslymphe, sonst wurde die Lymphe von Thier zu Thier fortgepflanzt; es wurden Doppelkreuzschnitte gemacht (nie unter 120) und Pocken im Umfange eines 10 Pf.-Stücks erzielt. Die Abnahme geschah 5 mal 24 Stunden p. vacc., nach gründlicher Reinigung des Impffeldes durch Spray, mittels Compression der Pustelbasis durch eine massive Klemmpincette. H. schabt nach Platzen der Pocke alles oberhalb der Pincette befindliche Gewebe und Fluidum, d. i. die ganze Pustel ab, und dieser Impfstoff conservirt er unter Hinzufügung einer minimalen Spur Glycerin zwischen Glasplatten; er bringt zwischen je zwei Platten zwei Pocken unter und verschliesst Erstere sofort mit dicker Paraffinlage. Directe Abimpfung vom Kalbe zum Kinde findet nur ausnahmsweise statt. Die Lymphe conservirt sich zwischen den Platten wenigstens drei Monate, und zwar, wie Verf. ausführt, nur dann, wenn die ganze Pustel abgeschabt wird; denn gerade in den festen Bestandtheilen derselben ist nach der ausserordentlich schnellen Gerinnung der animalen Lymphe der wirksamere Impfstoff enthalten. Fäulnisserscheinungen hat H. in den zwischen Gasplatten aufbewahrten Pusteln auch bei mikroskopischer

Untersuchung nicht beobachtet. Die Kosten sind unbedeutend. Verf. hat von vier Thieren 650 Impfungen vorgenommen; jede einzelne verursachte eine Ausgabe von 11 Pf. H. hält die allgemeine Einführung der animalen Vaccination für möglich und nothwendig.

Wolffberg.

---

22. **Dr. Bonamy, Sur plusieurs cas de guérison d'angine diphthéritique et de croup chez les enfants.** Mehrere Heilungen von Diphtherie und Croup bei Kindern. (Bulletin général de thérapeutique 30. Januar 1881.)

Verf. theilt 5 Fälle von Diphtheritis bei Kindern von 2—6 Jahren mit, die alle bei folgender Behandlung durchkamen: 1) Acid. carb. innerlich, um die Infection zu bekämpfen (2—3 mal täglich 1 Kinderlöffel von sirop phénique de Vial); 2) Brechmittel, um die diphtheritischen Membranen zu entfernen; 3) Bepinselung mit einer $^1/_{10}$ Arg. nitric.-lösung; 4) Kali chloricum innerlich (täglich 2—3,0 gr) oder Ammonium aceticum in schwarzem Kaffee gereicht; 5) Tonica oder Stimulantia, um die Kräfte zu erhalten.

Verf. stellte die Diagnose bei den 5 Fällen nach dem Aussehen der Schleimhaut, die unter den Pseudomembranen eingedrückt und etwas blutig war und niemals Substanzverlust zeigte. Er beobachtete dabei in einigen Fällen Epistaxis und chrarakteristischen Ausfluss aus der Nase; in andern wurden Pseudomembranen ausgehustet und er konnte eine Gaumenlähmung konstatiren. Fast in allen Fällen bestanden Stridor und Suffocationsanfälle. Ferner deutete das heftige Fieber, der Verfall der Kräfte und die Anschwellung der Maxillardrüsen auf die Krankheit hin.

Kohts (Strassburg).

---

23. **Zibulsky, Die Verbreitung der Diphtheritis durch Milch.** (Wratsch, 1880. No. 48.)

Letzten Sommer beobachtete Z. auf einem Hofe in der Umgebung von St. Petersburg einen Fall von Diphtheritiserkrankung bei einem siebenjährigen Mädchen, Tochter einer Viehmagd. Das Kind starb; die Kleider der Verstorbenen wurden vernichtet, die Wohnung und die Sachen, welche mit der Kranken in Berührung gekommen waren, soweit möglich, desinficirt. 3—4 Wochen nach dem Tode des Kindes traten mehrere (10) Fälle der Erkrankung an Diphtheritis ein und zwar in denjenigen Villen, die von dem betreffenden Hofe mit Milch versorgt wurden. Alle Fälle verliefen leicht. In allen Landhäusern, welche ihre Milch aus einem zwei Werst entfernten Dorfe bezogen und in jenem Dorfe selbst sind Erkrankungsfälle nicht vorgekommen.

Krusenstern (Petersburg).

---

24. M. Léon Blondeau, Ueber einen Fall von Scarlatina fruste. (Note lue à la Société de médecine de Paris dans la science du 9. Oct. 80.)

Verf. theilt eine besondere Form von Scarlatina mit, die Trousseau als Scarlatina bezeichnet hat.

Ein starker Knabe von 7—8 Jahren, dessen 2 Jahre altes Schwesterchen einige Tage vorher eine Scarlatina levis acquirirt hatte, bekommt plötzlich Kopfschmerz, Schmerz in der Nierengegend, Erbrechen und heftiges Fieber. Dabei weder Angina, noch belegte Zunge, noch irgend eine Eruption auf der Haut. Zwei Tage nachher steht der Kranke wieder auf und ist ganz wohl. Er klagt nur über einen Schmerz im Ellbogengelenk. Der Harn ist ganz blutig tingirt, der Kranke legt sich wieder zu Bette, und 48 St. nachher ist der Urin wieder ganz normal, der Schmerz im Ellbogengelenk ist verschwunden und es ist eine vollständige Heilung eingetreten.

Verf. hält diesen Fall für eine Scarlatina fruste, die sich bloss, abgesehen von den Prodromalsymptomen, durch eine Haematurie manifestirt hätte.

Kohts (Strassburg).

---

25. **Ueber die Ernährung der syphilitischen Neugeborenen.** (La Presse médicale belge (Littérature médicale)).

Verf. stellt folgende Grundsätze auf: Da die Ernährung die Hauptrolle bei der Heilung eines syphilitischen Neugeborenen spielt, so muss man ein solches Kind immer an der Brust ernähren, so lange man nicht riskirt, die Amme anzustecken. Ist in dieser Hinsicht Gefahr vorhanden, so soll die Mutter das Kind ernähren. Ist dies unmöglich, so soll das Kind, wenn es keine Symptome von Syphilis an sich trägt, durchaus einer Amme gegeben werden, sonst läuft es grosse Gefahr zu sterben. Tritt das geringste Symptom von Syphilis beim Kinde auf, so muss es der Amme entzogen werden. Verschweigen dies die Eltern, so soll sich der Arzt sogleich zurückziehen und die weitere Behandlung des Kindes aufgeben. Entzieht man das Kind der Amme, so wäre es gewiss sehr zweckmässig, dasselbe durch eine syphilitische Amme ernähren zu lassen. Weiter ist die Eselsmilch der Kuhmilch vorzuziehen.

Die beste Methode, dem Kinde Quecksilberpräparate beizubringen, ist, ihm dieselben vor der Mahlzeit zu reichen, und sie nicht mit der Milch zu vermischen.

Kohts (Strassburg).

---

26. **Dr. Richard Koppe** (Moskau), **Zur Lehre von der Arthrogryposis des Säuglingsalters.** (Archiv für Kinderheilkunde. II. Bd. 4. und 5. Heft. 1881.)

Verf. hat 6 Fälle von Arthrogryposis im Alter von 6½ bis 15 Monaten behandelt. Ueber einen kleinen Patienten im Alter von 6½ Monaten, und über ein 10 monatliches rachitisches Mädchen wird ausführlicher referirt. In beiden Fällen handelte es sich um hochgradige Rachitis und gleichzeitig um Verdauungsstörungen, nach deren Beseitigung die Arthrogryposis verschwand. Bei dem 6½ Monate alten Kinde ging dem Auftreten der Arthrogryposis fast jedes Mal eine Auftreibung des Unterleibes voraus. Durch wiederholt gesetzte Clysmata wurde die Arthrogryposis öfters zum Schwinden gebracht. Verf. definirt die Arthrogryposis als „eine eigenthümliche, symmetrisch und intermittirend auftrende, stets an der Peripherie beginnende, und zum Centrum fortschreitende, wohl ausnahmslos günstig verlaufende tonische Contractur gewisser Muskelgruppen der vier Extremitäten". Nur selten, in sehr schweren Fällen greift dieselbe auch auf bestimmte Muskeln des Rumpfes und des Gesichts über. Es handelt sich bei der Tetanie (Corvisart) um einen tonischen Krampf in gewissen Muskeln, der bald Wochen und Monate in wenig wechselnder Intensität, bald auch nur wenige Stunden andauert. Die krampfhaft afficirten Muskeln sind die opponentes, pollicis et digiti minimi, die 3 interossei, interni und die M. lumbricales, selten sind die 4 interossei externi et abducentes des thenar und antithenar afficirt. Die Hand ist im Carpalgelenk stark gebeugt, mit einer kleinen Deviation nach der Ulnarseite. Die M. flexores carpi radialis et ulnaris, wohl auch der M. palmaris longus sind die contrahirten Muskeln. Der Vorderarm ist im Ellenbogengelenk durch den M. biceps bis zum rechten Winkel gebeugt, durch den Pronator teres stark pronirt. In den Füssen besteht meist die pes equinus- oder die pes equinovarus-Stellung, selten nimmt das Kniegelenk Theil. In allen seinen Beobachtungen constatirte der Verf., dass der Krampf ausnahmlos symmetrisch auf beiden Seiten auftrat, zuerst in den Fingern, dann in den Händen und Zehen, und dass schliesslich bei längerer Dauer und grösserer Intensität der Erkrankung Arme und Beine Theil nahmen. Die Contractur der Muskeln bei höheren Graden der Erkrankung ist mit lebhaftem Schmerzgefühl verbunden, das Verhalten der Hautsensibilität schien keine Abweichungen von der Norm zu bieten. Während des Schlafs weicht die tetanische Starre nicht. Das starke Hervortreten der contrahirten Muskeln fällt bei kleinen Kindern fort, sowohl in Folge des stark entwickelten managedicul. adiposus, als in Folge der geringeren Ausbildung der Muskeln. Verf. war nicht in der Lage, in seinen Fällen das Trousseau'sche Phaenomen (Auftreten der Krämpfe bei Compression der Arterien) anzustellen. In keinem seiner Fälle konnte er Fieber nachweisen, übrigens vermuthet Verf., dass etwaige Fieberbewegungen nie von den Muskelcontractionen abhängig seien, und erinnert dabei daran, dass bei Tetanus das Fieber nicht durch Muskelcontractionen bedingt sei. Die Tetanie kann als symptomatisches und idiopathisches Leiden auftreten. Verf. hält wie die Mehrzahl der Aerzte die Tetanie für einen reflectorischen Vorgang, angeregt

durch Abnormitäten des Verdauungstractus. Ward letztere gehoben, so schwand in den meisten Fällen bald die Tetanie. Alle 6 Kinder, die an idiopathischer Tetanie litten, waren rachitisch.

Kohts (Strassburg).

---

27. **Dr. J. Hock, Doppelseitige Lähmung fast aller Augenmuskeln, Exophthalmus, Neuritis optica, retrobulbärer Abscess, merkwürdiger durch einen Druckverband hervorgerufener Verlauf, Heilung.** (Archiv für Kinderheilkunde, II. Bd. 4. und 5. Heft. 1881.)

Ueber den Grund und die Entstehungsursache der doppelseitigen Augenmuskellähmungen im Kindesalter ist wenig bekannt. In dem folgenden Falle weist sowohl die Aetiologie als auch der Verlauf auf die Natur des Grundübels hin.

Am 6. Juni klagte der 6jährige O. F. über Schmerzen an und in seinem linken Auge, die continuirlich vorhanden wären, und seit 3 Wochen immer heftiger würden. Seit den letzten Tagen sei das linke Auge etwas vorgetreten, und starr geworden, und diese Vortreibung vermehre sich, wenn die Schmerzen heftiger würden.

Im Monat September 1876, also 8 Monate zuvor, soll der Patient heftig auf das Hinterhaupt gefallen sein; eine unbedeutende locale Verwundung am Hinterhaupte resultirt allein aus dieser Verletzung. St. pr. am 6. Juni. Die Oberlider beider Augen hängen schlaff herab, die Lidhaut des linksseitigen oberen Lides ist leicht oedematös, die Venen derselben stärker hervortretend und geschlängelt. Das linke Auge etwa um 5mm. hervorgetreten, die Beweglichkeit desselben fast aufgehoben. Die Beweglichkeit des rechten Auges nach allen Richtungen beschränkt. Accomodation beider Augen intact, die Sehschärfe des linken Auges ist etwas unter der Norm (20/30), die des rechten normal. Beiderseits Stauung in den Retinalvenen, besonders links. — Berührungen des linken Auges sowie Anschlagen der Fingerdoppe auf die linke Temporalgegend rief heftige Schmerzen in der Tiefe des Auges hervor. Ord.: Blutegel an die linke Schläfe, kalte Ueberschläge, mässige Diät und Bettruhe. In den nächsten 10 Tagen nahm der Exophthalmus langsam zu, es entwickelt sich eine Schwellungspapille, (Oedema pap. n. optici), das Sehvermögen sank noch etwas mehr herab, am 13./6. traten profuse Blutungen aus dem linken Nasenloche auf, und am 18./6. stellte sich Oedem der Bindehaut ein, das schnell beträchtlich zunahm. Ord.: Cataplasmen. Am 2./7. hatte sich an der chemotischen Bindehaut nach aussen und unten ein Eiterpunkt entwickelt, und an dieser Stelle wurde mit einem meridionalen Schnitte mit einem Spitzbistouri die Bindehaut etwa 1 cm lang eröffnet. Es entleerte sich etwa ein Kinderlöffel voll dicken blauen Eiters. Der Zustand besserte sich schnell, und Verf., von dem Gedanken geleitet, die Chemose rascher zum Schwinden zu bringen, liess sich verleiten, einen Druckverband anzulegen. Unter dem Einfluss dieses Verbandes bildet sich in Zeit von 24 Stunden eine fortschreitende Corneatrübung, das Kammer-

wasser trübte sich, Chemose der Bindehaut und Schmerz steigerte sich. Am 18./7. ausgiebige Punktion der Vorderkammer; am 21./7. machte Verf. unter Narcose 5 mm vom Hornhautrande entfernt eine ausgiebige Peritomie, ohne die Bindehaut auszuschneiden. Wesentliche Erleichterung erfolgte.

Von da ging der Entzündungsprocess schnell zurück, im weiteren Verlaufe heilte der Substanzverlust der Hornhaut mit einer nur stellenweise dichtern Makel, die aber so unbedeutend war, dass ein Einblick in die Vorderkammer gestattet blieb.

Die wichtigsten Krankheitsprocesse, die etwa in Beziehung zu dem vorliegenden Leiden gesetzt werden, als Syphilis, Tumoren der Dura mater oder der basilaren Gehirntheile, ferner die Thrombose des Sinus cavernosus, konnten ausgeschlossen werden. Es blieb nur übrig einen entzündlichen Prozess anzunehmen, und zwar muss das epidurale und periorbitale Gewebe am innern Winkel der linken oberen Augenhöhlenspalte ursprünglich ergriffen sein, und die Entzündung sich längs des vorderen Antheiles der Sattelgrube gegen die rechte obere Augenhöhlenspalte ausgestrahlt haben. Auffallend war es, dass die Pupillarreaction und die Accomodation intact blieb. Es muss wohl angenommen werden, dass die für Pupille und Accomodation bestimmten Oculomotoriusfasern geschützt (in der Achse) verlaufen, so dass der Druck oder das Uebergreifen eines Entzündungsprocesses auf den Oculomotoriusstamm nicht nothwendiger Weise eine Leitungsunterbrechung jener Fasern zur Folge haben muss. Ein glücklicher Zufall war es, dass in dem mitgetheilten Falle der sinus cavernosus an der Entzündung nicht theilgenommen hatte. — Die Ursache dieser circumscripten Meningitis basilaris ist auf den vor 8 Monaten stattgehabten Fall zurückzuführen. Von höchstem Interesse ist die wahrhaft verheerende Wirkung des Druckverbands im Verlauf von 24 Stunden, wobei ein grosser Theil der Hornhautoberfläche in eine graue necrotische Masse verwandelt, und eine eitrige Iritis mit eitrig sulzigem Exsudate in der Vorderkammer hervorgerufen wurde. — Durch eine Verlöthung zwischen Knochen und Dura am ursprünglichen Orte der Läsion dürfte die Heilung zu Stande gekommen sein.

Kohts (Strassburg).

---

28. **Sieffermann, Hystero-Epilepsie chez un primipare au début de la grossesse. Guérison par un traitement hydrothérapique.** Hystero-Epilepsie bei einer Primipara im Beginn der Schwangerschaft. Heilung durch ein hydrotherapeutisches Verfahren. (Gazette médicale de Strasbourg. 1881. No. 2.)

Der Fall betrifft eine 21 jährige Dame, die bis zu ihrer Verheirathung stets gesund gewesen war und keinerlei Disposition zu nervösen Störungen gezeigt hatte. Im 3. Monate der Schwangerschaft stellten sich Anfälle ein, die als eklamptische angesehen, und als solche, aber ohne Erfolg, behandelt wurden. S., in dessen Behandlung die Kranke darauf überging, beschreibt dieselben folgendermassen. Der

Anfall beginnt mit heftigem Leib- und Kopfschmerz; plötzlich stösst die Kranke einen Schrei aus, fällt hin und unter vollständigem Schwinden des Bewusstseins treten klonische Krämpfe auf. Auf dieses erste convulsivische Stadium folgt ein zweites, bei welchem das Bewusstsein allmählig zurückkehrt, die Kranke grosse Angst und Unruhe verräth, sich schlägt, an den Haaren reisst und in die Finger beisst. Im dritten Stadium ist die Kranke wieder ganz bei Besinnung, bewegt sich aber in Vorstellungen hauptsächlich erotischer Natur. Gewöhnlich beschliesst ein mehrstündiger Schlaf den Anfall. Im Uebrigen sind Abnormitäten in der motorischen und sensibeln Sphäre, sowie in den Funktionen der Sinnesorgane nicht zu konstatiren; manchmal zeigt P. auch ausserhalb der Anfälle Spuren geistiger Störung, hält sich für einen tollen Hund, glaubt, wenn sie läuten hört, dies geschehe zu ihrer Beerdigung. Die Ovarialgegend ist beiderseits gegen Druck sehr empfindlich. Die Therapie bestand in der Application allgemeiner kalter Strahl- und Regendouchen von mässiger Stärke Morgens und Abends. Dieselben werden gut vertragen und schwinden die Anfälle im Laufe eines Monats vollständig. Gegen Anfang des 8. Schwangerschaftsmonats tritt, wahrscheinlich in Folge stärkerer körperlicher Anstrengungen, ein erneuter heftiger Anfall ein, nach welchem Anaesthesie und Gefühl von Eingeschlafensein beider Beine, sowie ein allgemeiner fieberhafter Zustand zurückblieb. Auch hier brachte obige Therapie in 14 Tagen vollständige Heilung. Von da ab verlief die Schwangerschaft normal.

S. macht auf die grosse Seltenheit dieser Art von nervösen Störungen, während der Schwangerschaft entstanden resp. durch dieselbe verursacht, aufmerksam und betont die gute und schnelle Wirksamkeit der Hydrotherapie in vielen ähnlichen, mit der Schwangerschaft in Causalnexus stehenden Affectionen. Besonders überraschende Erfolge will er mit der hydrotherapeutischen Behandlung auch bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren und bei drohendem Abortus gesehen haben.

Brockhaus (Godesberg).

---

29. **M. Jules Simon, Diagnostic différentiel des laryngites chez les enfants.** Differentialdiagnose der Laryngitiden bei Kindern. (Hôpital des enfants-malades.)

Die acute intensive Laryngitis unterscheidet sich von der „laryngite striduleuse“ oder Pseudocroup durch die Verschlimmerung der Symptome, die längere Dauer der Krankheit und die Fiebererscheinungen, während wir es bei dem Pseudocroup mit einer nervösen Krankheit zu thun haben, bei welcher kein Fieber besteht und bei der nach dem Anfall keine Symptome zurückbleiben.

Die Laryngitis, welche bei Variola vorkommt, gleicht dem Pseudocroup ebenfalls nicht, und der Ausschlag stellt bald die Diagnose fest.

Die Laryngitis bei Masern kann manchmal im Prodromalstadium den Pseudocroup simuliren, zumal wenn sie plötzlich in der Nacht auftritt. Jedoch wird die heisse Haut, das starke Fieber, manchmal

das vorhergehende Erbrechen, die gastrischen Störungen und der Nasenausfluss eine Verwechslung mit Pseudocroup verhindern.

Das Bild der pseudo-membranösen Laryngitis oder besser der Croup kann kaum mit dem einer andern Kehlkopfentzündung verwechselt werden, denn wenn wir auch bei Croup ebenso wie bei Pseudocroup und intensiver endzündlicher Laryngitis Suffocationsanfälle haben, so sehen wir bei Croup diese Anfälle sich immer wiederholen und die Asphyxie sich immer steigern, bis der Tod eintritt. Das weiter folgende Bild des Croup ist die zunehmende Asphyxie, der Eintritt von kalten Schweissen, das Sinken der Temperatur und die diphtheritische Intoxication.

Die diphtheritische Intoxication manifestirt sich durch den Tod der rothen Blutkörperchen, die nach Paul Regnard's Untersuchungen aufhören zu functioniren. Wenn man nämlich das Blut eines Kranken, der z. B. an Bronchitis capillaris leidet, in Sauerstoff schüttelt, so wird dieses hellroth, während das Blut eines diphtherit. Patienten in solchen Fällen braun und dick bleibt, kurz keinen Sauerstoff aufnimmt.

Würde endlich eine entzündliche acute Laryngitis Croup vortäuschen, so würde das Aushusten von Pseudomembranen die Diagnose bald sichern.

Kohts (Strassburg).

---

30. **Germain Sée, Diagnostic du cancer pulmonaire.** Diagnose des Lungenkrebses. (L'union médicale. 1881. No. 11.)

S. stellte im Hotel-Dieu einen 46j. Kranken vor, welcher vor 3 Monaten unter heftigen Schmerzen in der linken Thoraxhälfte, starker, durch Bewegung sich steigernder Dyspnoe und einem eigenthümlichen Auswurf — nicht sehr zahlreiche, eitrige, innig mit Blut gemischte Sputa — erkrankt war. Fieber und kachectisches Aussehen fehlten; der Kranke hat bedeutend an Körpergewicht verloren. Die Untersuchung ergiebt vorne links eine umschriebene, nach unten direkt in die Herzdämpfung übergehende, nach oben an Intensität allmählig abnehmende und 2 cm unter der Clavicula aufhörende absolute Dämpfung, in deren Bereich Athemgeräusch und Pectoralfremitus nahezu vollständig aufgehoben sind und keine abnormen Geräusche gehört werden. Links seitlich und hinten sowie rechts ergibt die physikalische Untersuchung nichts Abnormes. In der linken Achselhöhle sowie unterhalb des inneren Endes der linken Clavicula finden sich einige kleine, harte, bewegliche, gegen Druck etwas empfindliche Knötchen. S. stellt die Diagnose auf Carcinom der Lunge und stützt sich dabei auf einige Fälle seiner Beobachtung, die unter ganz ähnlichen Symptomen verlaufen waren und bei denen die Sektion die während des Lebens gestellte Diagnose auf Lungenkrebs bestätigt hatte. Der Auswurf hatte in diesen Fällen genau das Aussehen von Johannistraubengelée, ein nach S. für Lungenkrebs charakteristisches Symptom. S. unterscheidet zwei Formen, unter denen der primäre Lungenkrebs auftritt, die einfache und die mit Compression verschiedener Organe, Art. und Ven. subclavia, Oesophagus

etc. verbundene Form. Für die erstere sind als charakteristische diagnostische Merkmale anzusehen: die Dyspnoe, der Schmerz, der eigenthümliche Auswurf, das Fehlen des Fiebers, die rapide Abmagerung und die physikalischen Symptome: die umschriebene, absolute, auf eine Seite beschränkte Dämpfung mit Aufhebung der Athemgeräusche und des Pectoralfremitus ohne Auftreten abnormer Geräusche. S. glaubt, dass die Berücksichtigung dieser Momente immer die Differentialdiagnose zwischen Lungenkrebs, Phthisis, chronischer Pneumonie und chronischer, umschriebener Pleuritis ermögliche. Bei der comprimirenden Form, bei welcher Oedem des Gesichts und der entsprechenden oberen Extremität, Schlingbeschwerden, Ungleichsein des Radialpulses etc. auftreten können, ist eine Verwechslung mit Aortenaneurysma möglich; doch wird hier das Fehlen der für letztere Affektion charakteristischen physikalischen Symptome die Diagnose sichern.

Brockhaus (Godesberg).

---

31. **Lessdorf** (Bockenheim), **Ueber die Wirkung der comprimirten Luft und über den richtigen Gebrauch des pneumatischen Apparats.** (Betz' Memorabilien. XXVI. 1. Heft. S. 31—37.)

Verf. rühmt die Anwendung der comprimirten Luft im pneumatischen Apparat gegen das Emphysem; selbst schwere Fälle würden durch die comprimirte Luft geheilt; der Apparat muss täglich etwa zwei Stunden und zwar mehrere Wochen hindurch bis zu 50 Sitzungen gebraucht werden. Dasselbe Mittel leiste Vorzügliches gegen acuten und chronischen Bronchialkatarrh, Keuchhusten, Anämie und besonders auch bei Chlorose.

Wolffberg.

---

32. **Ottomar Rosenbach** (Breslau), **Ueber pseudopulmonale und pseudopleurale Geräusche.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. No. 4.)

Pseudopulmonal nennt der Verf. ein respiratorisches Geräusch, welches kleinblasigem und mittelgrossblasigem trockenem Rasseln täuschend gleicht, über der Lungenspitze magerer Individuen zuweilen gehört wird, von wirklichem Rasseln hauptsächlich durch Bestehenbleiben während des Anhaltens der Athmung auf der Höhe der Inspiration sich unterscheidet — und durch die respiratorische Contraction der Muskeln hervorgerufen wird; ein pseudopleurales Geräusch wird zuweilen im sechsten bis zehnten Intercostalraum zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie gefühlt und gehört, welches ebenfalls ein Muskelgeräusch ist und vom pleuritischen Reiben sich dadurch unterscheidet, dass es fast stets am Thorax symmetrisch auftritt und während der ganzen Beobachtungsdauer eine auffallende Constanz zeigt.

Wolffberg.

---

33. Kostjürin, Ueber die Veränderungen der Pancreasdrüsen bei Phthisikern. (Aus der propäd. Klinik von Prof. W. Manassein. Wratsch 1880. No. 48.)

K. untersuchte 12 gehärtete Pancreasdrüsen von an Phthise Verstorbenen, von welchen die meisten an der käsigen, die nur geringe Minderzahl an der interstitiellen Form gelitten hatten. Alle 12 Kranken haben in letzten Tagen vor dem Tode an Durchfällen gelitten, welche jedoch nicht immer durch Darmgeschwüre bedingt waren. In 3 von diesen Pancreasdrüsen fanden sich reichliche Bindegewebswucherungen, welche beträchtliche mit kernigem Detritus gefüllte Höhlen umschlossen; die Epithelzellen fehlen in den Drüsenläppchen vollständig; die Acini waren nur mit Zerfallsproducten ausgefüllt. Diese Veränderungen hat K. im Pancreaskopf besonders ausgeprägt getroffen. In 2 Fällen fand er die Drüsenläppchen und ihre Peripherie mit weissen Blutkörperchen durchsetzt. In allen übrigen Pancreaspräparaten mehr oder weniger entwickelte fettige Degeneration der Epithelzellen im ersten und zweiten, bisweilen auch im dritten Stadium, manchmal auch interstitielle Wucherung.

Krusenstern (Petersburg).

---

34. A. Fraenkel. Ueber Oxalsäurevergiftung. (Zeitschr. f. klin. Med. v. Frerichs u. Leyden. 1881. Bd. II. H. 3. S. 664—674.)

Im Eingang seiner Abhandlung theilt Fraenkel einen Vergiftungsfall mit, den zu beobachten er Gelegenheit hatte und der besonders wegen des Verhaltens der Harnsecretion, beziehentlich der dieselbe bedingenden Organe interessant ist. Patient hatte für 10 Pfennig Oxalsäure (vulgo Zuckersäure) in einem halben Glase Wasser verschluckt. 10 Minuten später starkes Erbrechen wässriger Flüssigkeit, welches sich den Tag über noch mehrfach wiederholte. Zugleich bestand Diarrhoe. Das Erbrechen und die Faeces sollen schwärzlich gefärbt gewesen sein, Schmerzen oder Brennen im Magen wurde nur während des Brechaktes bemerkt. Am Abend desselben Tages folgender Status praesens: Das Sensorium des kräftig gebauten Pat. völlig frei, Klage über starke Kopfschmerzen, Brennen im Halse, andauernde, aber nur von geringem Erfolge begleitete Brechneigung. Beim Erbrechen und bei Druck auf das Epigastrium lebhaftes Schmerzgefühl im Magen. Radialis enge, wenig gespannt, Puls 54 in der Minute, Respiration 28, nicht dyspnoëtisch. Herztöne auffallend schwach, aber rein. Haut feucht, kühl. Körpertemperatur 35,5 C. Zunge stark grauweisslich belegt, in Mund und Rachenhöhle keine Aetzung. Leib weich, mit Ausnahme der Magengegend ohne Schmerz. Häufiges Aufstossen, vom Geschmack der Oxalsäure begleitet. Urin nicht vorhanden. Excessive Abgeschlagenheit.

Therapie: Eisblase auf den Kopf und die Magengegend. Innerlich Eispillen und Kalkwasser.

Am folgenden Morgen T. = 37,2, P. = 92, R. = 20; Abends T. = 37,1, P. = 84, R. = 24. Gefässspannung etwas aufgebessert, das Gefühl der Prostration unverändert. An Stelle des Erbrechens tritt nur noch häufiges Aufstossen bei bestehender Uebelkeit auf. Druck auf das Epigastrium wird weniger schmerzhaft empfunden, Zunge schwefelgelb belegt. Mässiges Durstgefühl. Kein Stuhl, kein Urin.

Da Patient vom Tage seiner Aufnahme an bis zum Morgen nach dem oben beschriebenen Tage noch keinen Urin gelassen, wurde der Katheter applicirt. Dabei wurden jedoch nur 30 ccm eines klaren, stark eiweisshaltigen Urins entleert. Mikroskopisch enthielt derselbe eine mässige Anzahl ziemlich kleiner, ein- oder mehrkerniger Rundzellen, sowie spärliche, theils vereinzelte, theils gekreuzte Krystalle in Gestalt rechtwinkliger, an den vier Ecken abgeschrägter Täfelchen. (Oxalsaurer Kalk), rothe Blutkörperchen oder Cylinder wurden nicht bemerkt. Am Morgen dieses Tages T. — 36,5, P. = 84, R. = 22. Die Eisblase wurde weggelassen, ausser dem Kalkwasser noch ein Infusum flor. Stoechad. citric. gereicht.

Am folgenden Morgen T. = 36,5, P. 72. Der Kopfschmerz besteht fort, dagegen ist das Epigastrium schmerzlos, Nausea und Ructus sind verschwunden. Stuhlgang war am Tage vorher in normaler Färbung aufgetreten. Seit dem vergangenen Nachmittag bis zu diesem Morgen 110 ccm leicht getrübten Harn entleert, stark eiweisshaltig, spec. Gew. 1007. Auch diese Portion zeigte die schon beschriebenen Krystalle in sehr erheblicher Anzahl neben einer mässigen Menge von Lymphkörperchen, grosse Mengen von intakten Nierenepithelien und wenig hyaline, ziemlich kurze, breite Cylinderfragmente, zum Theil dicht mit Nierenepithelien besetzt.

Von da ab stieg die Urinsecretion allmählig an, dagegen bestand das Schwächegefühl noch längere Zeit hindurch fort. Eiweiss, sowie das übrige Harnsediment wurden noch 10 Tage nach der Vergiftung im Harn nachgewiesen. Die anfänglich weit unter der Norm sich bewegende Harnmenge vergrösserte sich allmählig in dem Maasse, dass an Stelle der Minderausscheidung eine komplete Polyurie trat, welch letztere noch zur Zeit der Entlassung des Pat. (circa 3 Wochen nach der Aufnahme) anhielt.

Fraenkel theilt eine tabellarische Uebersicht mit über das Verhalten des Harns, sowie einiger seiner Bestandtheile während der Krankheitsdauer. Aus derselben ergiebt sich, dass die Harnmenge in 20 Tagen (den Tag der Vergiftung, wo dieselbe noch gleich Null war, nicht mitgerechnet) von 0 bis 4070 ccm anstieg, das specifische Gewicht reicht von 1007—1009. Der in 24 Stunden producirte Harnstoff betrug am 4., 5. und 6. Tage nach der Vergiftung nur 2,48—4,73—9,77 gr, von da ab stieg die tägliche Ausscheidung allmählig bis auf 35,61 gr. Ebenso verhielt sich die Quantität des Chlornatrium im Harn, dieselbe betrug in den 3 genannten Tagen 0,45—0,86—2,26 gr, um schliesslich die Höhe von 25,23 gr zu erreichen. Oxalsäure wurde erhalten: vom 4. und 5. Tage nach der Vergiftung zusammen 0,0182 gr, vom 6. 0,0756 gr, vom 7. und 8. zusammen 0,0261, von

den folgenden Tagen (immer zwei zusammen genommen) 0,0695—0,0785—0,0786 gr.

Die hervorragendsten Symptome des ganzen Krankheitsverlaufes sind die starke, andauernde Prostration sowie das Verhalten des Harnapparates. Die sonst bei Oxalsäurevergiftung bemerkte Dyspnoe und perverses Verhalten der Hautnerven etc., wurden dieses Mal, wohl in Folge der verhältnissmässig geringen eingeführten Giftmenge, nicht wahrgenommen.

Die Ursache der bedeutenden Verminderung der Harnsecretion ist nach F. nicht allein als ein Produkt der gleichzeitig bestehenden Nierenaffektion aufzufassen. Vielmehr ist bei der schwierigen Löslichkeit des von einem Theil der Oxalsäure im Organismus gebildeten Kalkoxalates die Stockung der Harnsecretion auch bedingt von einer durch die starke Ausscheidung des genannten Salzes gesetzten Verstopfung der Harnkanälchen. Dabei kommt dann ferner noch im vorliegenden Krankheitsfalle die bedeutende Abstossung der Epithelialzellen mit in Frage, die gleichfalls zur Obturation der Harnkanälchen beitragen musste.

Indess ist die Anurie sowie das Auftreten von Eiweiss in dem, in der ersten Zeit nach Cessiren des letzteren gelassenen Harn beim Menschen nicht regelmässig mit Oxalsäureintoxikation, wie ein zweiter, von F. mitgetheilter Fall beweist, wo bei mangelndem Harneiweiss gleich von Anfang an reichliche Mengen von Kalkoxalat ausgeschieden wurden. Dem entsprechend zeigte auch der Harn zu keiner Zeit eine Volumsabnahme. Es ging aus dem ganzen Verlauf dieses zweiten Falles hervor, dass die eingeführte Oxalsäure in grossen Mengen und kurzer Zeit wieder ausgeschieden wurde, nach dreimal 24 Stunden war die Ausscheidung derselben beendet. Nur am 2. Tage nach der Vergiftung traten spärliche Cylinder und Epithelien im Harn auf.

Schliesslich theilt F. noch den anatomischen Befund der Kaninchenniere nach Oxalsäurevergiftung mit. Uebereinstimmend mit Kobert und Küssner fand er die Ablagerung des Kalksalzes regelmässig in der Rinde beginnen und von da ab mit abnehmender Intensität sich auf die übrigen Abschnitte der Harnkanälchen erstrecken. Eine eigentliche Veränderung des Nierenparenchyms wurde nicht bemerkt, jedoch lässt Verf. es dahingestellt, ob beim Menschen dieselbe nicht trotzdem relativ häufig in Verbindung mit Oxalsäurevergiftung vorkommt und mit dazu beiträgt, Störungen in der Wasserausscheidung durch die Nieren herbeizuführen.

Schulz.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 31. März. Nro. 3.

Thymol als Wurmmittel.

Nachtrag zu der Orginalmittheilung in No. 1, 1881; von Prof. C. **Bozzolo**, Director der propädeutischen Klinik zu Turin.

In weiteren Beobachtungen über die Wirkung des Thymols stellte es sich heraus, dass einmal nach der Darreichung der ersten Dosis in drei Entleerungen mehr als 650 Anchylostomen aufgefunden wurden, und dass in den nachfolgenden Stühlen keine Anchylostomeneier wieder sichtbar waren.

Ausserdem haben zwei Kranke, in deren Faeces man Eier von Trichocephalen bemerkte, nach der Darreichung des Thymols Trichocephalen, Männchen und Weibchen entleert. Es scheint dies sehr der Beachtung werth, weil man bis jetzt kein Mittel kannte, welches gegen Trichocephalen wirksam gewesen wäre. Ich glaube, dass der Dosis des Thymols und seiner relativen Unlöslichkeit die Wirkung zuzuschreiben ist.

---

35. **Dr. Ocks, Beobachtungen über febris recurrens.** (Wratsch 1881. Nr. 1 u. 3.)

Verfasser hat Motschutkowsky's Angaben in 108 ausgesprochenen Recurrensfällen, die den Typen der Motschutkowsky'schen Curven genau entsprechen und lange genug (13—15 Tage), als Re-

convalescenten im Krankenhause verblieben, einer Controle unterworfen. Bei solchen Temperaturcurven, wo M. den Anfall prognoscirt, ist es O. in 24 Fällen gelungen, 22 Mal eine richtige Rückfallsprognose zu stellen. Die übrigen 2 Fälle entzogen sich der Beobachtung nach 13 und 15 Tagen. — Bei Temperaturcurven, wo M. das Ausbleiben des Anfalls prognoscirt, bestätigte sich die Prognose in 12 (unter 200) Fällen 10 Mal; die übrigen 2 Patienten bekamen den Anfall am 4. Tage. Bei Temperaturcurven, wo die Prognose unsicher ist: a) in 11 Fällen kam der Anfall 2 Mal, b) in 8 Fällen 4 Mal, c) in 23 Fällen 8 Mal, d) in 30 Fällen 17 Mal.

Verf. theilt ausserdem einige Beobachtungen über die Wirkung des Calomels bei febris recurrens mit. Aus seinem Material suchte er mehr oder weniger analoge Fälle in Bezug auf die Zeit der Erkrankung, des Wohnorts, der Verwandtschaft u. s. w. aus. Die Resultate, zu denen er gekommen ist, sind aus folgender Tabelle sichtbar:

	I Anfall.	I Apyr.	II Anfälle.	II Apyr.	III Anfälle.	Je ein Anfall.	in %.	Je zwei Anf.	in %.	Je drei Anf.	in %.	Summa.
Calomel-behandl.	$6^{3}/_{7}$ Tage.	$5^{24}/_{25}$.	$2^{7}/_{9}$.	$3^{5}/_{9}$.	$1^{11}/_{13}$.	11 Fälle.	$19^{4}/_{14}$.	27.	$48^{3}/_{14}$.	18.	$32^{1}/_{7}$.	56 Fälle.
Antipyr. Behandl.	$6^{15}/_{28}$.	7.	$2^{21}/_{28}$.	$1^{3}/_{4}$.	$1^{3}/_{4}$.	33.	$58^{13}/_{14}$.	19.	$38^{13}/_{14}$.	4.	$7^{1}/_{7}$.	56.

1) Bei Calomelbehandlung beschränkt sich die febris recurrens in 60% der Fälle auf einen Anfall, bei antipyretischer aber nur in 20%. 2) In übrigen Fällen, wo weiter Anfälle wiederkehrten, war die erste Apyrexie länger (um 1—2 Tage) und die zweite, in den seltenen Fällen, wo ein dritter Anfall noch eintrat, kürzer, als ohne Calomelbehandlung.

3) Die Dauer der Anfälle bleibt bei Calomelbehandlung durchschnittlich unverändert.

Der gemischten Behandlung wegen hält O. diese Schlüsse nicht für unangreifbar, glaubt aber, dass ein weiteres Studium in dieser Richtung sich als ergiebig erweisen würde.

Krusenstern (Petersburg).

---

36. **M. Jules Simon, De la fièvre typhoide chez les enfants.** Ueber Typhoid der Kinder. (Revue médicale française et étrangère 19. Febr. 1881.)

Jules Simon verwirft absolut die Kaltwasserbehandlung. Für die gewöhnlichen Fälle schlägt er folgende Behandlung vor:

1. Das Kind soll alle 12 Stunden das Zimmer wechseln.
2. Man verordne aromatische Abwaschungen des ganzen Körpers. Dabei sollen die „natürlichen Oeffnungen“ rein gehalten werden, und

zu diesem Zweck Morgens und Abends ein desinficirendes Clysma gegeben werden.

3. Man gebe bald Branntwein oder Malaga mit Wasser vermischt, und von dem 4. oder 5. Tage an alle 3—4 Stunden Fleischbrühe oder Milch. Gegen Diarrhoe gibt er bei Kindern von 8—10 Jahren Morgens und Abends 2 Tropfen Laudanum in einem Clysma; gegen Meteorismus ein leichtes Laxans, z. B. ein Glas Hunyadi-Janos-Wasser, 2 Mal per Woche.

Endlich bei schweren Fällen, die mit Enteritis oder Peritonitis complicirt sind, Aufschläge auf den Bauch mit Belladonna und Hyoscyamus, ferner Clysmata mit 5—6 Tropfen Laudanum.

Bei Symptomen seitens der Brust: trockene Schröpfköpfe, ein Vesicator, das nur so lange liegen bleibt, bis die Haut roth wird, grosse Dosen Malaga oder Branntwein, ja keine Brechmittel.

Bei Gehirnsymptomen Moschus in grossen Dosen, Bromkalium 1—2,0 gr pro die, Vesicatore, die 4—5 Stunden lang liegen bleiben, und Watteeinpackungen.

Kohts (Strassburg.)

---

37. **Dr. L. M. Reuss, De la syphilis infantile.** Syphilis der Kinder. (Journal de thérapeutique, 10. Maerz.)

Verf. ist der Ansicht, dass man bei einem von syphilitischen Eltern geborenen Kinde sogleich nach der Geburt die antisyphilitische Behandlung beginnen müsse, selbst wenn es noch keine Symptome von Syphilis an sich trägt, und nicht abwarten solle, bis solche sich zeigen. Die Quecksilberbehandlung wird also gleich in den ersten Tagen begonnen, und während einiger Zeit fortgesetzt; es ist rathsam damit in der Zeit aufzuhören, wo gewöhnlich die ersten Symptome von Syphilis sich beim Neugeborenen zeigen (Ende des ersten und Anfang des 2. Monats). Sobald dieselben deutlich aufgetreten sind, so wird die Behandlung wiederum aufgenommen. Eine der besten Medicationen beim Kinde sind die Einreibungen von grauer Salbe auf die Stellen, die mit Urin oder Faecalmassen nicht verunreinigt werden. Das Ung. cinereum simplex ist vollständig genügend. Man wird jedesmal 1,0 gr anwenden, und bis 2,0 gr steigen. Innerlich giebt man pro die 3 mgr Sublimat in Syrup, Milch etc., und nur in gefährlichen und dringenden Fällen darf man bis zu 1 ctgr steigen. Bei Hautaffectionen kann man Sublimatbäder zur obigen Behandlung hinzufügen. Bei Affectionen der Mundschleimhaut touchirt man leicht mit dem Lapisstift, oder bepinselt mit einer schwachen Lösung von Arg. nitricum. Bei Coryza müssen die Krusten durch Nasendouchen entfernt, und die Schleimhaut mit einer schwachen Sublimatlösung bespült werden; nachher wird eine schwache Quecksilbersalbe aufgetragen, um die Bildung neuer Krusten zu verhüten.

Ausser der oben angegebenen Behandlung muss das Kind sehr rein gehalten werden, es muss oft die Wäsche wechseln, ferner vor jeder Erkältung geschützt werden, endlich in einer warmen Temperatur verweilen.

Kohts (Strassburg).

---

38. **Dana** (New-York), **On the Benignity of Syphilis.** Ueber die Gutartigkeit der Syphilis. (N. Y. med. Rec. 5. Febr. 1881. S. 141.)

Während D. als Arzt in dem New-Yorker Spital für Matrosen thätig war, hatte er Gelegenheit, circa 2500 Matrosen mit einiger Genauigkeit zu untersuchen. Dabei fiel ihm der relativ geringe Schaden auf, der auf venerische, besonders auf luëtische Infection zurückzuführen war. Darauf aufmerksam geworden, untersuchte er die während seiner übrigen Dienstzeit vorkommenden Fälle noch sorgfältiger und entwarf sich eine Tabelle, worauf die Ergebnisse 378 solcher Fälle verzeichnet sind; dieselbe ist in der Abhandlung mitgetheilt. Hier seien nur die Resultate seiner Zusammenstellung mitgetheilt, wie er sie selber (S. 143) anführt:

I. Syphilis hat bei den amerikanischen Matrosen einen sehr milden Verlauf und ist denselben körperlich weniger hinderlich als der weiche Schanker oder Tripper mit ihren Complicationen und Folgen.

II. Dieser Verlauf findet auch ohne entsprechende regelmässige Behandlung — ja fast immer dem unregelmässigen Leben und ungesunder Umgebung zum Trotze — statt.

Hiernach sei es gestattet zu schliessen:

a) dass Syphilis heilbar ist, b) dass sie häufig eine Neigung zu spontaner Heilung hat, c) dass die jetzige Gutartigkeit des syphilitischen Giftes zuzuschreiben ist zum Theil der schon lange bestehenden Behandlung, zum Theil einer allmäligen Aenderung entweder des Giftes oder der befallenen Organismen (Anpassung).

Warren.

---

39. **Prof. A. Christiani, Experimentelle Beiträge zur Physiologie des Kaninchenhirnes und seiner Nerven.** (Monatsber. der kgl. Akad. d. Wissensch. Berlin, Februar 1881.)

Die Beobachtung von W. Siemens, wonach Arbeiter bei Versuchen über elektrisches Licht über Uebelkeit und auch wohl über Erbrechen zu klagen hatten, besonders wenn das Licht intermittirend wirkt und die Ansicht von du Bois-Reymond, wonach bei der sogenannten Bergkrankheit (puna) die Blendung durch den Schnee eine ähnliche Rolle spiele — Thatsachen, welche die Vorstellung erwecken müssen, dass Reflexe vom Opticus auf den Vagus vorkommen, veranlassten Verf. zu einer experimentellen Prüfung dieses Verhältnisses. Direkte Reizung des in der Orbita frei präparirten Sehnerven, sowie der daselbst liegenden Trigeminuszweige beim Kaninchen mittelst sehr schwacher Induktionsströme bei Helmholtz'scher Anordnung, so dass in die Tiefe greifende Nervenschleifen ausgeschlossen werden dürften, ergaben beim Opticus Beeinflussung der Athmung sowohl, wie Veränderung der Herzthätigkeit bis zum Stillstande.

Opticus und Trigeminus unterscheiden sich dabei wesentlich von einander, indem die elektrische Reizung des ersteren beschleunigend

auf die Athmung bezüglich inspiratorisch wirkte, und zwar wenn auch weniger ergiebig, so doch ganz nach Art des von Traube und Rosenthal am Halse des Kaninchens gereizten centralen Vagusendes, während die Beeinflussung der Athmung durch Trigeminusreizung ganz im Gegensatz nur in exspiratorischem Sinne erfolgte. Die Details der weiteren Untersuchung dieser Thatsachen, sowie die Centren, an die sie geknüpft, sind im Original nachzusehen und wird Verf. selbige in einer Monographie ausführlich veröffentlichen.

In Kürze fasst er seine Resultate zusammen, indem er sagt, dass auf drei centripetalen Wegen Anregungen zur Inspiration an den das allgemeine Athmungscentrum bildenden Complex von Ganglienkugeln hervortreten, nämlich:

1) durch die Sinnesthore: Auge und Ohr,
2) durch die Sinnesnerven der Haut,
3) durch gewisse Vagusfasern,

während Hemmung und aktive Exspiration durch die übrigen Vagusfasern, durch den Trigeminus und durch die pathischen Fasern der anderen sensiblen Nerven gesetzt wird. Zu Grunde liegen, so scheint es, dem ganzen Athmungsvorgange in regelmässigen Perioden erfolgende, nicht reflektorische Erregungen des Athmungscentrums.

Ferner theilt Verf. Beobachtungen über das Verhalten nicht gefesselter Kaninchen bei sprungweise fortschreitender Enthirnung mit und zwar boten Kaninchen, denen nach Entfernung des Schädeldaches beide Grosshirnhemisphären und die Streifenhügel trotz nicht unterbundenen Carotiden bei minimaler Blutung gänzlich exstirpirt wurden, einen von dem nicht enthirnten Thiere kaum sich unterscheidenden Anblick dar; sie benahmen sich auch Eingriffen gegenüber ebenso, nur reagirten sie auf sonst für Kaninchen bedeutungslose Geräusche. Mit einem Schlage aber änderte sich das Verhalten sämmtlicher des Grosshirns und der Streifenhügel beraubten Thiere bei einer Schnittführung vor den Vierhügeln ohne Verletzung des Pons, also bei Abtragung der Sehhügel oder bei ausgiebiger Zerstörung der Gegend des im ersten Theile der Arbeit näher localisirten Inspirationscentrums des dritten Ventrikels. An die Integrität der unmittelbaren Nachbarschaft dieses Centrums zeigte sich die zur Ortsveränderung und zur Erhaltung des Gleichgewichtes beim Sitzen und Stehen nöthige Coordination gebunden, bezüglich der Details und der Einwirkung des Strychnins in den verschiedenen Phasen der Operation muss auch hier auf das Original verwiesen werden.

Kochs.

---

40. **J. L. Prevost, Contribution à l'étude des phénomènes nommés réflexes tendineux.** Beitrag zum Studium der sogenannten Sehnenreflexe. (Revue médicale de la Suisse Romande. 1881. H. 1, 2 u. 3.)

P. gibt zunächst eine Uebersicht der einschlägigen Arbeiten von Brown-Sequard, Charcot, Vulpian, Erb, Westfal u. A. Als Resultat derselben ergibt sich, dass das Kniephänomen ein physiologischer Vor-

gang ist, während das Fussphänomen nur unter pathologischen Bedingungen beobachtet wird. Das Fehlen des ersteren ist ein werthvolles Symptom für die Diagnose der Tabes im Anfangsstadium, charakteristisch für Hinterstrangsclerose des Lendenmarks, wird ferner beobachtet in Fällen von Paralyse mit Aufhebung der Functionen des Rückenmarks oder mit Erkrankung der vorderen Wurzeln (diphtheritische Paralyse), sowie endlich zuweilen bei der infantilen Paralyse und der progressiven Muskelatrophie. Eine Verstärkung des Kniephänomens, in der Weise, dass schon ein schwacher Schlag auf das lig. patellae eine Contraction des Extensor cruris oder auch mehrere aufeinanderfolgende Zuckungen dieses Muskels (trépidation épileptoide) auslöst, sowie das Auftreten ähnlicher Erscheinungen in andern Muskelgruppen (Fuss- und Fingerstrecker) findet sich, und zwar immer in Verbindung mit einer gewissen Rigidität, zuweilen starre Contractur der Muskeln, bei der von Erb sogenannten spasmodischen Tabes (Sclerose der Seitenstränge), sowie bei der secundären Sclerose in Folge von Malum Pottii, Hemiplegien etc., endlich bei hysterischen Contracturen; bei diesen letzteren bildet die Verstärkung der Sehnenreflexe oft das zuerst beobachtete Symptom (Charcot). Bezüglich der physiologischen Erklärung des Kniephänomens gehen die Ansichten der Forscher noch auseinander; doch machen es die neuesten Arbeiten von Schultze und Fürbringer, sowie von Tschirjew sehr wahrscheinlich, dass es eine Erscheinung reflektorischer Natur ist. Auch die Untersuchungen von Burkhardt, Brissand, Gower u. A. bezüglich der Zeit, welche zwischen dem Schlag auf die Sehne und der Muskelcontraktion verläuft, sprechen dafür, dass es sich um einen reflektorischen Vorgang handelt. M. A. Waller kam zu andern Resultaten. Nach ihm ist die Dauer des Vorgangs eine zu kurze, um als ein Reflex angesehen werden zu können; auch kann er bei Annahme eines Reflexvorganges nicht begreifen, warum nur mechanische, nicht aber elektrische Reizung der Sehne die Muskelcontraktion auslösen soll. Er hält die Integrität des Rückenmarks zum Zustandekommen des Phänomens für nöthig, aber nur, weil dadurch der Muskeltonus erhalten werde, dessen Vernichtung das Kniephänomen unmöglich mache. Nach P. spricht gegen Waller's Ansicht der Umstand, dass es in vielen Fällen möglich ist, durch Percussion der Sehne der einen Seite eine, wenn auch meist nicht starke Contraktion des Muskels der andern Seite zu erzeugen.

P. berichtet sodann über eine Reihe von Experimenten, die er an Kaninchen und Katzen angestellt hat. In der ersten Serie (7 Exp.) studirte er den Einfluss der Durchschneidung des Rückenmarks in verschiedener Höhe auf das Kniephänomen. Er fand im wesentlichen Tschirjew's Versuche bestätigt: das Kniephänomen verschwand, wenn er das Rückenmark in der Höhe des 6 Lendennerven oder direct ober- resp. unterhalb dieser Stelle durchschnitt, ebenso nach Durchschneidung der hintern Wurzel des 6 Lendennerven und des n. cruralis, in den letzteren beiden Fällen natürlich nur auf der entsprechenden Seite; das Kniephänomen erschien verstärkt nach Durchschneidung des N. ischiadicus oder seiner Wurzeln sowie des Rückenmarks weiter ober- resp. unterhalb der oben erwähnten Stelle.

In der zweiten Serie von Experimenten (4) untersuchte P. den

Einfluss des Curare und der Anaesthetica auf die Sehnenreflexe. Mit Curare und Chloroform konnte er das Kniephänomen zum Schwinden bringen, nicht aber mit Aether, Chloralhydrat (1 gr in die V. cruralis einer Katze in mehreren Theilen eingespritzt) und Morphium (0,075 gr).

Die dritte Serie von Experimenten machte P., um den Einfluss zu studiren, welchen die Unterbrechung der Circulation auf das Kniephänomen ausübt. Untersuchungen von Brown-Séquard, Schiff, Kussmaul, Tenner u. A. hatten ergeben, dass Muskeln, Nerven und selbst die meisten Faserstränge des Rückenmarks ihre physiologischen Eigenschaften noch einige Stunden nach vollständigem Abschnitt der Blutzufuhr bewahren, während die graue Marksubstanz dieselben sehr rasch einbüsst. P. fand, dass bei Kaninchen nach Compression der Bauchaorta (er führte dieselbe durch die unversehrten Bauchdecken hindurch aus) in den ersten 4—6 Secunden das Kniephänomen sich verstärkte, dann an Deutlichkeit abnahm und nach 40—50 Secunden dauernder Compression ganz verschwand. Directer Schlag auf den M. triceps löste dann noch Contraktion desselben aus. Wurde die Compression aufgehoben, so trat das Kniephänomen allmählig wieder ein und zwar um so rascher, je kürzere Zeit dieselbe gedauert hatte.

Schliesslich stellt P. auf Grund seiner Experimente folgende Sätze auf:

1) Die am Rückenmark und den Nervenwurzeln ausgeführten Durchschneidungen beweisen, dass beim Kaninchen die Integrität des sechsten Lendennervenpaars (entsprechend dem 3. oder 4. Lendenpaare beim Menschen) zur Hervorbringung des Kniephänomens erforderlich ist.

2) Die Verletzungen des Rückenmarks im Niveau oder etwas oberhalb des Austritts des sechsten Lendenpaares vernichten das Kniephänomen, sobald sie ein wenig tief gehen.

3) Die Anaemie des Rückenmarks, kervorgerufen durch Compression der Bauchaorta, modificirt das Kniephänomen: nach einigen Secunden der Compression verstärkt sich dasselbe für einige Secunden und nimmt dann ab, um nach einer Compression von 45 Secunden ganz zu verschwinden.

4) Hebt man die Compression auf, so erscheint das Phänomen wieder nach einer Zeit, die je nach der Dauer der Compression zwischen 15 Secunden und mehreren Minuten schwankt.

5) Die Anaesthetica können das Kniephänomen vernichten, wenn die Betäubung tief genug ist. Das Verschwinden des Phänomens in der Narcose kann als Symptom drohenden Collapses angesehen werden.

6) Das Kniephänomen wie die als „epileptoides Zittern" bezeichnete Verstärkung desselben kann sich auf die andere Seite übertragen; dies beobachtet man vor Allem bei Thieren, denen das Rückenmark in der Dorsal- oder Lumbodorsalgegend quer durchschnitten ist.

7) Das Kniephänomen ist reflektorischer Natur und hat seinen Ursprung direct im Rückenmark. Es wird nur durch Reizung der Sehne, nicht durch die der Haut hervorgerufen.

Brockhaus (Godesberg).

---

41. **Glatz, Considérations sur l'irritation spinale.** Betrachtungen über Spinalirritation. (Revue médicale de la Suisse romande. 1881. Heft 2.)

G. ist ein Anhänger der Theorie von Hammond, dass die Spinalirritation verursacht wird durch Anaemie des Rückenmarks, besonders der hinteren Stränge. Sie kann von allgemeiner nervöser Reizbarkeit begleitet und die Ursache dieser letzteren sein. Die Symptome sind verschieden je nach dem Theil des Rückenmarks, der anämisch ist: Schwindel, Migräne, Gesichtsschmerz bei Anaemie des Cervicaltheils, Brustbeklemmung, Erbrechen bei Anaemie des Dorsaltheils, Ischias, Neuralgien der Eingeweide, des Uterus, der Ovarien, der Blase bei Ergriffensein des Lendenmarks. Charakteristisch für Spinalirritation ist das Auftreten schmerzhafter Punkte an verschiedenen Stellen der Wirbelsäule, leichter Druck auf die Dornfortsätze, schwache elektrische Reizung, oft schon die einfache Berührung mit einem mit warmem Wasser angefeuchteten Schwamm genügt, an den betreffenden Punkten lebhafte Schmerzempfindung hervorzurufen. Nach G. zeigen diese schmerzhaften Punkte die Stellen an, wo Anaemie des Markes vorhanden ist. Manchmal klagen die Kranken nicht über Schmerzen im Rücken, sondern in andern Körpertheilen und erst eine genaue Untersuchung der Wirbelsäule ergibt das Vorhandensein schmerzhafter Punkte und damit die Diagnose der Spinalirritation. Die von G. behandelten Fälle betrafen sämmtlich anämische Frauen, welche überhaupt das weitaus grösste Contingent (nach G. $^3/_4$ aller Fälle) zu dieser Krankheitsform stellen.

Den Beweis, dass es sich bei der Spinalirritation um Anaemie und nicht, wie einige Autoren wollen, um Hyperaemie des Rückenmarks handelt, glaubt G. dadurch erbracht, dass durch horizontale Rückenlage, welche die Blutzufuhr zum Wirbelkanal begünstigt, die Beschwerden bei Spinalirritation gemildert werden, während bei Congestivzuständen des Rückenmarks das Gegentheil der Fall ist. Die mit letzteren verbundene Parese oder Paralyse von Blase und Rectum wird bei Spinalirritation nicht beobachtet. Ebensowenig finden sich bei dieser die der beginnenden chronischen Myelitis zukommenden Symptome von Anaesthesie und Analgesie der Haut.

Bezüglich der Therapie bei Spinalirritation empfiehlt G. ein allgemein roborirendes Verfahren: stickstoffreiche Nahrung, viel Aufenthalt in frischer Luft, Einathmung von Sauerstoff und komprimirter Luft, kalte Douchen und Salzbäder. Um die Blutzufuhr zum Rückenmark zu fördern, räth er zur Anwendung der Hydrotherapie und zur Galvanisirung des Rückenmarks; es ist gleichgültig, ob der Strom auf- oder absteigend ist; gewöhnlich setzt G. den negativen Pol ans Genick oder 4—5 cm oberhalb des schmerzhaften Punktes, den positiven 4 cm unterhalb desselben an. Die Stärke des Stromes muss nach der Empfindlichkeit des Kranken regulirt werden. Von innern Mitteln hat G. von dem, schon von Hammond empfohlenen Phosphorzink und der Nux vomica Erfolge gesehen, doch gibt er dem hydro- und elektrotherapeutischen Verfahren den Vorzug.

Brockhaus (Godesberg).

42. **Reichert** (Newack N. Y.), **Case of hysterical Arthritic Hyperaesthesia.** Fall von hysterischer Gelenkhyperaesthesie. (N. Y. med. Rec. 12. Febr. 1881. S. 173.)

Bei einem Mädchen von sieben Jahren entwickelten sich Symptome eines acuten fieberhaften Gelenkrheumatismus. Da die gewöhnliche Behandlung erfolglos war und andere Erscheinungen auf den hysterischen Charakter des Leides deuteten, so wurde die Diagnose in diesem Sinne abgeändert und nun eine entsprechende Behandlung eingeleitet, die auch wirklich erfolgreich war. Nach der Beschreibung der Mutter scheint das kleine Mädchen einen ausgesprochenen globus gefühlt zu haben. — Sonstige Details sind im Original zu finden.

Warren.

---

43. **Nikanoroff, Ein Fall von Sarcoma der Brusthöhle.** Aus der Klinik von Prof. Hotkins. (Esjenedelnoja klinitscheskoja gaseta 1881*) Nr. 5.)

N. beschreibt ausführlich einen Fall von einer während des Lebens diagnosticirten Neubildung in der Brusthöhle, welche später durch die Section bestätigt worden ist. In den ersten Tagen der Beobachtung hielt man die Erkrankung für eine linksseitige Pleuritis; doch bei der längeren, genauen Beobachtung des Pat. wurden Erscheinungen bemerkt, die den Verdacht auf eine Neubildung in der Pleurahöhle lenkten und zwar folgende: 1) Dyspnoe asthmatischen Charakters, welche mit Schmerzanfällen abwechselnd auftrat, wie es bei exsudativer Pleuritis kaum vorkommen dürfte, da diese Anfälle unabhängig von einander und mit verschiedener Intensität verliefen. 2) Fehlen der Hervorwölbung der Intercostalräume und dabei relativ beträchtliche Thätigkeit der Intercastalmuskeln während der Athmung. 3) Zeitweilige Schlingbeschwerden. 4) Die Punktion ergab stets (3 Mal) negatives Resultat: es entleerten sich nur einige Bluttropfen, keine Spur von exsudativer Flüssigkeit. — Die Dyspnoe war variirend: die gewöhnliche Respirationsfrequenz betrug 30—34 in 1', bei bisweilen auftretenden Anfällen asthmatischen Charakters wurde sie bis auf 40 hinaufgetrieben. Die Temperatur war gewöhnlich normal, zuweilen subfebril, bis 38,2. — Das Herz nach rechts verdrängt.

Die Section bestätigte die Annahme einer Pleurageschwulst und zwar eines markigen, spindelzelligen, aus einzelnen kleinen Knötchen bestehenden, Saroms. Es fand sich ausserdem, dass die linke Hälfte des Zwerchfells in Folge der Geschwulst eingesunken und nach unten vorgewölbt war; die Trachea und Bronchen waren von den Geschwulstmassen umgeben, die Speiseröhre war nach rechts und nach hinten verdrängt; die hintere Wand des parietalen Blattes des Pericardiums in die Höhle desselben hineingedrängt.

Krusenstern (Petersburg).

*) Klinische Wochenschrift.

---

44. Dr. Julius Schreiber, Entstehung und Bedeutung der Doppeltöne im peripheren Gefässsystem (mit specieller Berücksichtigung derselben in der Cruralarterie). (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVIII. p. 243.)

Nach einer kurzen Einleitung, in der hauptsächlich die Ansichten von Friedreich und Bamberger kritisch beleuchtet werden, präcisirt Verf. die Aufgabe seiner Arbeit dahin: 1) die Friedreich'schen Beobachtungen zu bestätigen und 2) eine Erweiterung der bisherigen Kenntnisse von den physikalischen Bedingungen der Doppeltöne, besonders der rein arteriellen, zu liefern. — Nach seinen Untersuchungen können auch negative Wellen in den Arterien und Venen Ursache von Tönen werden. — In den Cruralvenen glaubt Verf. 1) systolische, 2) systolische und diastolische, 3) alternirende Doppeltöne sowohl durch die Auskultation als durch das Sphygmogramm nachgewiesen zu haben; in allen 3 beobachteten Fällen bestand relative Tricuspidalinsufficienz. Die systolischen und einfachen Töne erklären sich analog den Tönen in den Halsvenen. Der in einem Fall beobachtete diastolische Ton hatte seine Entstehungsursache in einer länger dauernden Contraction des stark überfüllten Vorhofs. Den alternirenden Doppelton erklärt Verf. aus der in dem Fall durch die Section nachgewiesenen concretio pericardii. Aehnlich wie Traube den zweiten Cruralton bei Aorteninsufficienz aus der plötzlichen Spannungsänderung der Arterienwand erklärte, vermuthet Verf., dass durch den Zug der systolisch eingezogenen und diastolisch sich ausdehnenden Rippen eine plötzliche centripetale (negative) Strömung des Venenblutes entstanden und durch die Schwingungen der zusammenfallenden Venenwand der zweite Ton erzeugt sei. — In zwei andern Fällen konnte Verf. gemischte Doppeltöne, d. h. in der Arterie und in der Vene gebildete, beobachten. In beiden Fällen handelte es sich um wahre Insufficienz der Aortenklappen und relative der Tricuspidalklappen, im zweiten wurde eine Verspätung der Arterienpulse constatirt. Der zweite des jemaligen Doppeltons erklärte sich einfach aus der positiven Anspannung der Arterienwand. Den ersten fasst Verf. in einem Falle als präsystolischen Venenton auf, zu diesem Schluss führten ihn die deutliche präsystolische Pulsation der Halsvene und das Sphygmogramm der Cruralvene. — Im zweiten Fall konnte man nach innen vom Cruralarterienpuls einen deutlichen Schlag fühlen, dem analog auch die Curve des Cruralvenenpuls eine Erhebung zeigte; der deutliche Halsvenenpuls war synchron dem Spitzenstoss, die Arterienpulse dagegen fand man bedeutend später. Verf. hält daher diesen ersten Ton für einen systolischen Venenton. Zum Schluss dieses ersten Theils der Arbeit kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass mit Ausnahme der Dicrotie in den Venen unter pathologischen Verhältnissen dieselben auscultatorischen Phänomene zu erwarten sind, wie in den Arterien.

Der zweite Theil der Arbeit stellt sich die Hauptaufgabe, den Nachweis zu liefern, dass nicht nur in positiver Spannung der Gefässwand, sondern auch in entgegengesetzten physikalischen Vorgängen gespannter Membranen die Fähigkeit der Tonbildung gelegen ist (Traube); zum Beweise dafür werden 2 Fälle von Aorteninsufficienz

angeführt, von denen der erste mit einer Insufficienz und Stenose der Mitraklappe verbunden war. In diesem wird der Doppelton als systolisch — systolischer aufgefasst, der erste, mehr ein Vorschlag, erschien synchron mit dem Spitzenstoss, der zweite längere mit den Arterienpulsen. Aus einem an der Cruralis aufgenommenen Pulsbild, von einer Beschaffenheit, wie es nach Verfs. Ansicht noch nicht beobachtet worden ist, wird der Schluss gezogen, dass dieser erste Ton entstand im Anfang der Systole, durch ein plötzliches Zusammenfallen der Arterienwand, bedingt durch eine Entleerung des Arterienblutes nach den Venen zu, in denen, wie Verf. mit Mosso annimmt, bei jedem Anfang einer Herzsystole sich eine Bewegung des Blutes nach dem Herzen zu geltend macht. Für den Doppelton im zweiten Fall schliesst sich Verf. der Erklärung Traube's an. — Endlich beobachtete Sch. in 2 Fällen Doppeltöne ohne Erkrankung des Klappenapparates. — Nach einer nochmaligen detaillirteren Auseinandersetzung der beobachteten Gefässtöne, bespricht Verf. die Möglichkeit des Einflusses der Respiration auf die Doppeltöne. Zum Schluss wird hervorgehoben, dass auch an andern Gefässbezirken alle Bedingungen zur Entstehung von Doppeltönen sowohl in Arterien wie Venen gegeben seien; und in der That hat Verf. gelegentlich in der Brachialvene, in der Axillararterie und im obersten Theil der Brachialarterie derartige acustische Phänomene constatiren können.

Lachmann (Giessen).

---

45. **Prof. Dr. L. Uffelmann** in Rostock, **Was ist im Laufe der letzten zwei bis drei Jahre auf dem Gebiete der Kinderernährungsfrage geleistet worden?** (Archiv für Kinderheilkunde 1880. Heft 10 und 11.)

Verf. beginnt mit einer Besprechung dessen, was in der Physiologie der Verdauung der Kinder gefördert ist und bedauert, dass wesentlich Neues nicht geliefert ist. Was die Secretion des Speichels anlangt, so ist derselbe erst vom 9. oder 10. Monat vollständig fähig, Stärke in Zucker zu verwandeln; damit stimmen auch die Erfahrungen überein, dass eine mehlhaltige Kost in den ersten Monaten nicht vertragen wird; von den Stärkesorten bietet die Maisstärke die günstigsten Verhältnisse dar, insofern sie schnell in Zucker übergeführt wird und die grösste Menge liefert. Die geringsten Zuckermengen liefert die Kartoffelstärke. Das täglich abgesonderte Quantum des Speichels beträgt für ein Kind von 18 Monaten 126 gr.

Bezüglich der Funktionen des Magens ist von Zweifel bei ausgetragenen Kindern die peptonisirende Eigenschaft des Magensecretes nachgewiesen; von Selmi, Heintz und Hammarsten ist gefunden, dass die Milch nicht blos bei saurer, sondern auch bei neutraler und alkalischer Reaction gerinnen kann, und dass diese Gerinnung durch ein Ferment, das Lab, zu Stande kommt, welches sich im Magen neben dem Pepsin, mehr in der Gegend des Fundus als am Pylorus vorfindet.

Ueber die Faeces von Kindern sind keine umfassende Untersuchungen gemacht worden; dieselben sind nach Camerer und Hartmann viel geringer bei Darreichung von Muttermilch als bei Darreichung von Kuhmilch; über den Fettgehalt des Faeces hat Biedert Untersuchungen gemacht; derselbe soll bei gesunden Kindern im Mittel 9,7 % Fett enthalten; ist in diarrhoeischen Stühlen der Fettgehalt abnorm vermehrt, beträgt er 40—60 %, so ist dies nach Biedert das Kriterium der Fettdiarrhoe. Verf. glaubt, dass die Zahl der Untersuchungen Biederts nicht genügend ist, um Mittelzahlen bezüglich des Fettgehaltes aufstellen zu können, da intercurrent häufig stark vermehrter Fettgehalt der Faeces bei gut gedeihenden Kinder vorkommt.

Dann erwähnt Verfasser die Arbeiten über den Stoffwechsel der Kinder, hauptsächlich die von Anna Schabanowa, welche an 16 gesunden, 2—13 Jahren alten Kindern eines Spitals in 146 Tagesbeobachtungen die Tagesmenge des Urines und Harnstoffes, die Tagesmenge der Nahrung, so wie die täglichen Gewichtsverhältnisse bestimmte; sie fand, dass sämmtliche Kinder, welche von einer gemischten Kost zu einer reinen Milchkost übergingen, eine Abnahme des Gewichtes und eine Verminderung des Harnstoffes zeigten.

Ueber den Verbrauch des Kindes an Kalk hat Voit Angaben gemacht. Dasselbe braucht im ersten Jahre pro Tag 0,55—2,37 gr; beim Uebergange von Milch zu gemischter Kost tritt leicht Kalkmangel ein, da Mehl sehr arm an Kalk ist. Dann erwähnt Verf. die Arbeiten von Ahlfeldt, Hähner und Camerer, welche an ihren eigenen Kindern die Gewichtszunahme, die genossenen Nahrungsmengen, die Zahl der Tages-Mahlzeiten beobachteten. Die Hauptzunahme fiel bei dem Kinde Ahlfeldts und Hähners in den 2., bei dem Kinde Camerers in den 2. und 3. Monat; ebenso nahm das Tagesquantum täglich zu. Die Zahl der Tages-Mahlzeiten betrug 2—5.

Verf. weist auf den grossen Nutzen und die Nothwendigkeit der regelmässigen Wägungen kleiner Kinder hin, da geringe Abnahmen des Gewichtes nicht durch das Auge, sondern nur durch die Wage erkannt werden können.

Von allen Methoden der Ernährung ist natürlich die mit Muttermilch bei weitem die beste. Was die Zeit des Absetzens betrifft, so ist nach Jacobi der 8. bis 10. Monat am besten, wenn die erste Gruppe der Schneidezähne durchgebrochen sei.

Bauzer entwöhnt allmählich und nicht in der Sommerhitze. Er giebt bereits vom 5. Monat an Kuhmilch und Nestle'sches Kindermehl, mit dem Erscheinen der Augenzähne soll die Ernährung vollendet sein; Vogel will, dass das Kind so lange trinkt, als es die Brust nimmt und dabei gedeiht; doch soll die Stillung nicht über das erste Jahr hinausgehen; Fleischmann will entwöhnen, wenn die tägliche Zunahme unter dem normalen Mittel bleibt.

Ob menstruirende und schwangere Frauen stillen sollen, hat Archembault behandelt; nach ihm ist das Stillen menstruirender Frauen für die Kinder nicht nachtheilig, doch beim Stillen schwangerer Frauen treten oft Ernährungsstörungen bei den Kindern auf, oft gedeihen dieselben aber auch gut.

Ob die Milch syphilitischer Mütter schädlich sei, darüber gehen

die Ansichten auseinander; die Milch tuberculöser Mütter ist entschieden gefährlich, nur Bauzer behauptet, dass man tuberculösen Müttern das Stillen ruhig gestatten könne.

Was nun die Methoden der künstlichen Ernährung betrifft, so geben die ersten Kinderärzte der Kuhmilch bei weitem den Vorzug. Damme will durch Kuhmilch bessere Resultate erzielt haben, als durch jedes andere Surrogat. Fleischmann empfiehlt nächst Muttermilch in erster Linie Kuhmilch, er lässt sie kochen, auf Säure untersuchen, bei zu befürchtender Säuerung ein Alkali zusetzen und verdünnt sie in der ersten Lebenswoche mit 2—3 Theilen Gerstenschleim oder Hausenblasenwasser; vom 3. Monat an giebt er unvermischte Kuhmilch.

Sehr gute Resultate erzielt derselbe Autor bei schwächlichen Kindern durch die Verbindung von Kuhmilch mit Kalbfleischbrühe in steigendem Verhältniss 1 : 2, 1 : 1 und 2 : 1. Kormann hat auch von den künstlichen Ernährungsmitteln durch Kuhmilch am meisten Erfolg gesehen; nach ihm soll die Milch von Kühen genommen werden, die trocken im Stall gefuttert werden; dann verdünnt er die Milch mit Haferschleim und Zucker und zwar nimmt er im ersten Monat 3 Theile Schleim und ein Theil Milch, vom Ende der 4. Woche 2 Theile Schleim auf ein Theil Milch. Auch Drechsler und Kohlmann stimmen darin überein, dass Trockenfütterung die beste Milch giebt, nur Krug glaubt, dass die Milch von Kühen, welche auf die Weide getrieben werden, die beste sei.

Albrecht empfielt Kuhmilch mit Zusatz von Lactin, welches eine feinflockige Gerinnung der Milch im Magen bewirken soll. Perrot will kräftigen Kindern in den ersten 2—3 Tagen nur Zuckerwasser oder ein anderes indifferentes Getränk geben. Von den künstlichen Ernährungsmitteln empfiehlt er vor allen Eselinnenmilch, nach dieser die Ziegenmilch und dann erst die Kuhmilch und zwar jede Milchart unvermischt; ebenso theilt Harkin in der Ulster medical Society mit, dass er der Milch selbst in den ersten Lebensmonaten nie Wasser zusetzt und vorzügliche Resultate erzielt habe.

Dann erwähnt Verfasser die Experimente von Bollinger, welcher durch die Milch perlsüchtiger Kühe bei Schweinen Tuberculose erzeugt; Verf. theilt dann zum Beleg einen Fall aus seiner eigenen Praxis mit. Ein Kind gesunder Eltern, gesund geboren, bekam anfangs die Brust und gedieh. Als diese versiechte erhielt das Kind Kuhmilch und zwar immer von derselben Kuh und ungekocht; anfangs entwickelte sich das Kind gut, vom 7. Monat an bekam es Bronchialkatarrh, verlor an Gewicht und es entwickelten sich Knoten im subcutanen Gewebe des Gesichtes, Kopf, Rücken und Extremitäten, von Erbsen- bis Haselnussgrösse, welche erweichten und aufbrachen. Die Milch war jetzt stark wässerig und wurde ausgesetzt. Die Kuh hustete, wie jetzt Nachfragungen ergeben und war stark abgemagert. Der Tod des Kindes erfolgte im 11. Monat unter den Erscheinungen des hektischen Fiebers und unter profusen Durchfällen. Section des Kindes ist nicht gemacht.

Dann bespricht Verf. die Erfahrungen über die condensirte Milch, die Urtheile der verschiedenen Autoren lauten fast alle ungünstig; nach Damme und Fleischmann ist dieselbe für die ersten acht bis zwölf Wochen ein mittelmässiges Nahrungsmittel, für Kinder der

spätern Monate erweist sie sich als unzureichend, sie erzeugt anämische Zustände und Rachitis; die Schuld liegt nach Fleischmann an dem zu grossen Zuckergehalt, dann an der Art der Verdünnung. Vogel ist der einzige, der Kinder bei dieser Ernährung gedeihen sah. Das Biedert'sche Rahmgemenge empfiehlt hauptsächlich Kormann für Kinder der ersten 10—12 Wochen, welche Kuhmilch nicht vertragen, und Biedert selbst. Dasselbe enthält nur 1 % Caseïn und 2,4 % Butter und 3,8 % Milchzucker, das künstliche Rahmgemenge enthält statt des Kuhmilchcaseïns Kalialbuminat, welches sich nach Biedert leicht auflöst, und sich ebenso verhält wie das Caseïn der Frauenmilch; auch das Fett wird gut vertragen und will Biedert bei dieser Ernährung gute Gewichtszunahmen erzielt haben. Verfasser glaubt, dass erst weitere Prüfungen angestellt werden müssen, ehe ein endgültiges Urtheil über dieses Rahmgemenge abgegeben werden kann.

Verf. bespricht dann die verschiedenen Kindermehle, theilt die Analysen mit und verwirft dieselben mit andern Aerzten für Kinder in den zwei ersten Monaten; dieselben werden nicht verdaut und rufen Diarrhoeen und Rachitis hervor; Verf. verlangt mit Hoffmann, dass auf den Büchsen und Packeten die chemische Zusammensetzung angegeben werde.

Verf. kommt zu dem Schlussresumé, dass von allen künstlichen Ernährungsmitteln die Kuhmilch bei weitem vorzuziehen sei; erwähnt, dass in vielen Städten Deutschlands zahlreiche Milchwirthschaften mit polizeilicher Controle eingerichtet seien, und dass die Zahl der Milchverfälschungen gegen früher bedeutend abgenommen hat, erwähnt mit Anerkennung die jüngst in England behufs Erlangung einer guten Milch erlassenen Verordnungen und das in Frankreich über den Ammendienst und über die Controle der Pflege fremder Kinder erlassene Gesetz. Zum Schluss lobt noch der Verfasser die Bestrebungen, welche in Deutschland gemacht werden, um die Grundprinzipien der Kinderernährung zu vertreten, so das Vorgehen des ärztlichen Bezirksvereins zu Dresden, auf dessen Veranlassung allen Müttern gedruckte Rathschläge über Kinderernährung zugesendet wurden, dann die Aerzte, die in populären Schriften die Grundlehren der Kinderpflege verbreiteten.

Kohts (Strassburg).

---

46. Gottsacker, Zur Histogenese der tuberkulösen Darmgeschwüre.
(Inaugural-Dissertation, Bonn 1881.)

Die tuberkulöse Verschwärung des Darmkanals beginnt am Follikelapparat. Die erste Erscheinung ist ein käsiger Zerfall des Follikels, dessen Umgebung sich zellig infiltrirt und granulirt und zwar so, dass dicht um den Follikel eine zellig infiltrirte, dann eine aus Granulationsgewebe gebildete, dann wieder eine zellig infiltrirte Zone folgt. Durch Usur der Decke des Follikels und Entleerung des Inhaltes entsteht ein offenes Geschwür. Der Vorgang der Verkäsung und Geschwürsbildung an sich ist nicht tuberkulös. Tuberkel finden sich erst in dem Granulationsgewebe, in jener mittleren Zone der Um-

gebung. Hier liegen Haufen von Rund- und epithelioiden Zellen, einzelne Riesenzellen und solche mit Zellhof. Der ganze Process in der Umgebung des Follikels schreitet vielfach auch auf die Arterien fort und bewirkt hier eine homogene Quellung der ganzen Wandung, die zu Verengerung oder Verlegung des Lumens führt, ein Umstand, der für den mehr oder weniger raschen weiteren Zerfall der Umgebung des Geschwüres von Wichtigkeit ist.

Aus dem Gesagten folgt, dass die tuberkulösen Ulcera des Darmkanals nicht durch Zerfall zuerst gebildeter Tuberkel, sondern durch Nekrobiose der Follikel entstehen. In der granulirenden Umgebung der letzteren bilden sich erst Tuberkel und es kommt somit die Tuberkulose des Darmkanals nach Art einer primären Tuberkulose zu Stande. Die ganze Entwicklung ist für die Aetiologie der Darmgeschwüre wichtig. Es ist nicht wahrscheinlich, dass verschluckte Sputa, aus tuberkulösen Lungenprocessen herrührend, die Veranlassung zur Darmtuberkulose bieten, da sonst doch wohl primär Tuberkel und durch deren Zerfall die Geschwüre entstehen müssten. Jedenfalls aber, wenn auch die Sputa schuldig sind, ist ihre Einwirkung keine specifische, da der Beginn des Processes eine Nekrobiose ohne tuberkulöse Eigenschaften darstellt.

Ribbert.

---

47. Aus der Sitzung der New-Yorker Pathologischen Gesellschaft.
(N. Y. med. Rec. 5. March 1881. S. 270.)

I. Aneurysma der Aorta thoracica.

Patient, ein 40jähriger, dem Trunk ergebener Irländer, klagte seit 2 Jahren über Hustenanfälle mit schleimig-eitrigem Auswurf, der mitunter mit Blut leicht gefärbt war, ohne dass eine eigentliche Hämoptoe bemerkt worden wäre. Neben einiger Dyspnoe bestand ein anhaltender Schmerz in der rechten Seite. Zwei Wochen vor der Aufnahme hatten alle Symptome bedeutend zugenommen, die Kräfte hatten stark abgenommen, hohes Fieber war vorübergehend hinzugetreten. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind unvollständig mitgetheilt, nur seien keine Herzgeräusche erkennbar gewesen. Binnen wenigen Tagen starb Pat. nach drei nicht sehr heftigen Blutungen. Sectionsbefund: Linkes Herz hypertrophisch, in den Aortenklappen vier Löcher; in einer Klappe der Pulmonalis ebenfalls ein kleines Loch; an den Klappen des linken Ventrikels auch Zeichen einer acuten Entzündung, die Aorta stark atheromatös degenerirt. Auf der hintern Seite des Bogens neben der Ursprungsstelle der Innominata war ein hühnereigrosses Aneurysma, welches die Trachea an zwei Stellen perforirt hatte. Ein darin befindliches Blutcoagulum schien als Kugelventil gewirkt zu haben.

II. Hodgkin'sche Krankheit (Billroth's „malignes Lymphom").

Es wurde über 2 Fälle berichtet und die bezüglichen Präparate demonstrirt. In dem einen Fall fand man eine sehr grosse Sagomilz,

vielleicht in Folge des chirurgischen Eingriffes. Während des letzten Lebensmonats enthielt der Urin grosse Quantitäten Eiweiss. Der andere Fall zeichnete sich durch choreaartige Bewegungen des linken Armes, die etwa 2 Tage vor dem Tode auftraten und zeitweilig von allgemeineren Convulsionen begleitet waren. Der Bericht enthält keine Beschreibung des Schädelinhaltes. Lymphome innerer Organe sollen gefehlt haben. Weitere Details sind im Original nachzusehen.

III. Carcinom des Pancreas, Absperrung des ductus choledochus mit cavernöser Metamorphose der Leber.

Die Symptome waren: Schmerz im Epigastrium, der vor einem Jahr auftrat, zeitweiliges Erbrechen, rasche Abnahme der Kräfte, darauf nicht anhaltende Gelbsucht mit Oedem der untern Extremitäten; kurz vor der Aufnahme plötzliche Verschlimmerung, auch thonartige Färbung der Faeces. Bei rascher Zunahme der Schmerzen mit starker Dyspnoe erfolgte bald der Tod. Der etwas Blut enthaltende Urin soll keine Nierenerkrankung angedeutet haben — von einer Untersuchung auf Zucker ist nichts berichtet. Sectionsbefund: Herz klein mit etwas fettiger Degeneration; Lungen oedematös; Nieren intensiv congestionirt und gelb gefärbt, die Kapseln etwas verdickt und adhärent. Der Kopf des Pancreas war der Sitz eines apfelsinengrossen Tumors, der hinter dem Duodenum liegend den ductus choledochus umgab und denselben vollständig versperrte. Die Leber, die das Aussehen eines Schwamms darbot, war mit Blut gefüllt und gelb tingirt; ihr Gewicht hatte um etwa das Doppelte zugenommen. Die enorm ausgedehnte Gallenblase enthielt 350 ccm Galle, auch die übrigen Gänge waren sehr stark ausgedehnt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte den carcinomatösen Charakter des Tumors. Metastasen sind nicht erwähnt.

Warren.

Neue Bücher.

Auffret, Manuel de Dissection des régions et des nerfs. Paris, Doin. 7 fr.

Berenger, Feraud, Traité clinique des maladées des Européens aux Antilles. 2 voll. avec planches et cartes. Paris, Doin. 16 fr.

Cassin, Recherches cliniques sur l'Albuminurie de la grossesse, du travail et des suites des couches. Paris, Doin. 2 fr. 50 cts.

Gerardin, Recherches sur la cavité prépéritonéale de Retzius et sur son inflammation avec une planche en chromolithographie. Paris, Doin. 2 fr. 50 cts.

Guyon, Atlas des maladies des voies urinaires 1 livr. Paris, Doin. 12 fr. 50 cts.

Hensch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin, Hirschwald. 16 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **5. April.** **Nro. 4.**

48. **Litten, Beiträge zur Lehre vom Abdominaltyphus.** (Charité-Annalen, VI. Jahrg. S. 103—135.)

I. Ueber das Verhältniss der Darmaffection zur Intensität der allgemeinen Erkrankung.

Für die bekannte und anerkannte Thatsache, dass zwischen Intensität der Darmaffection und der Schwere der allgemeinen Symptome keine genaue Proportionalität besteht und dass bisweilen bei Fällen mit besonders schwerem Verlauf der Befund im Darm ein auffallend geringer ist, führte Verf. als Beispiel 3 Fälle an.

Der erste Kranke, ein 18jähriger Tischler, starb am 16. Krankheitstage in der zweiten Periode des Abdominaltyphus, nachdem schwere Krankheitserscheinungen (hohes Fieber, starker Kräfteverfall, Stupor, Decubitus, Albuminurie, tonische Krämpfe der gesammten Muskulatur) vorhergegangen waren. Bei der Autopsie fanden sich nur in der Nähe der Bauhin'schen Klappe vereinzelte in Vernarbung begriffene Geschwüre, die Schwellung der Peyerschen Haufen und einzelner Follikel sehr gering. Milztumor, Schwellung der Mesenterial-Drüsen. Hypostatische Pneumonie.

Zweiter Fall. 24jährige Dienstmagd wird am 8. Tage der Erkrankung mit schweren Erscheinungen aufgenommen. 3 Tage später Abort nach einer Gravidität von 3 Monaten. Nach dem Tode, welcher wegen Sepsis und anderer Ursache 4 Wochen nach der Aufnahme erfolgte, fand sich nur ein einziges Typhusgeschwür.

Dritter Fall. 17jähriger Sattler. Aufnahme am 14. Krankheitstage, 4 Tage später Tod an Perforations-Peritonitis. Es fanden sich bei der Section nur 2 erbsengrosse Thyphusgeschwüre über der Bauhin'schen Klappe, von denen eines perforirt war, bedeutende Schwellung von Milz und Mesenterial-Drüsen.

Es liegt also für viele Kranke die Gefahr des Thyphus nicht in der auf den Darm localisirten Affection, sondern in der Durchseuchung des gesammten Körpers und desshalb sind manche an und für sich unschuldige Complicationen deletär.

Es giebt fernerhin Krankeitsfälle, welche unter dem typischen Bilde eines schweren Abdominaltyphus verlaufen und dennoch entspricht der anatomische Befund nicht in der gewöhnlichen Weise den klinischen Symptomen. So fand Litten bei 3 schweren Fällen von Ileotyphus übereinstimmend in der 4. Woche (einmal in der 3. Woche) Schwellung von Milz, Mesenterial-Drüsen, Solitär-Follikeln und Peyer'schen Haufen ohne Geschwürsbildung, während nach der gewöhnlichen Erfahrung zu diesem Zeitpunkte die Typhusgeschwüre schon in der Heilung begriffen sind. Ein Irrthum in der Diagnose lag nicht vor, ein Typhus levis ebenfalls nicht, die Patienten waren kräftige Männer in mittleren Jahren. Die Fälle erinnern an den Darmbefund bei Typhus des Kindes- sowie des Greisenalters, da Geschwürsbildung zu den Seltenheiten gehört, und rechtfertigen den Schluss, dass „Necrose in den Peyerschen Haufen und dadurch bedingte Geschwürsbildung kein absolut nothwendiges Glied in der Kette der ablaufenden Darmveränderungen bildet, und dass die mässige Schwellung eventuell auch ohne Necrose rückgängig werden kann. Fälle der obigen Art, d. h. ohne Darmgeschwüre fand L. nur von Traube und Louis beobachtet. Sie beweisen, dass die gewöhnliche Annahme, wonach das erste Krankheitsstadium mit seinem hohen continuirlichen Fieber den Zellwucherungsvorgängen im Darmdrüsen - Apparate, das zweite Stadium der Heilung der Darmgeschwüre entspreche, nicht absolut richtig ist und legen es nahe, den Fieberverlauf, den allerdings die Darmaffection beeinflusst, in Beziehung zu der allgemeinen Infection zu bringen.

II. Ueber die Verschiedenartigkeit der Einwirkung desselben Giftes auf den Organismus.

Während einer Haus-Epidemie durch Trinkwasser-Genuss mit 18 Erkrankungen und gleichartigem Verlauf (Roseola, Meteorismus, Diarrhoeen, characteristischem Fieber) fanden sich bei der Obduction der 3 Todesfälle aus der Epidemie nur einmal Darmgeschwüre, zweimal mässige Schwellung der Mesenterial-Drüsen und im Darm Erscheinungen des Catarrhs. Verf. glaubt, dass die Verschiedenartigkeit des Darmbefundes sich aus einer mangelhaften Entwickelung der Plaques erklären lasse und dass auch diese Fälle für seine obige Ansicht sprächen, wonach das 2. Stadium beim Abdominal-Typhus mehr der allgemeinen Infection als der Geschwürsheilung entspricht.

III. Ueber die Complication des Abdominal-Typhus mit Septicaemie.

Es werden zunächst 3 Fälle von Typhus bei schwangeren Weibern in mittleren Jahren mitgetheilt, wo Abort eingetreten war und im Anschluss daran die Erscheinungen von Septicaemie sich einstellten. Der Verlauf des typhösen Krankheitsbildes wurde dadurch modificirt, der normale Fieberverlauf unterbrochen und „wiederholte Fröste, unregelmässige atypische Fieberschwankungen traten an die Stelle des continuirlichen oder regelmässig remittirenden Fiebers". Die Quelle der Infection war in keinem Falle weder im Leben noch bei der Autopsie sicher nachzuweisen. Obwohl die Septicaemie sich an den Abort anschloss, war nur einmal Diphtherie der Scheide etc. nachzuweisen, in 2 Fällen fand sich Nichts an dem Genitalapparat und bleibt die Quelle der Infection unklar. Entsprechend dem Befunde an der Leiche fanden sich auch im Leben die Symptome metastatischer Krankheits-Prozesse ferner multiple Hauthaemorrhagien, „welche bei uncomplicirtem Typhus weit seltener sind", multiarticuläre Gelenkaffectionen, icterische Hautfärbung. In 2 Fällen folgte der Abort in der 5. Krankheitswoche, ein Kind war nach 5-wöchentlichem Krankenlager noch lebensfähig geblieben. In dem letzten Krankheitsfalle trat das seltene Ereigniss ein, dass eine Endocarditis ulcerosa mit Embolie der rechten art. fossae Sylvii zum Typhus kinzu kam. Tod am 11. Krankheitstage. Die Infection war demnach wahrscheinlich mit beiden Krankheitsgiften zu derselben Zeit erfolgt.

IV. Bemerkungen über einige Organveränderungen.

Milz. Die Untersuchungen bei frischen Typhus-Leichen weisen nach, dass die Milzschwellung unabhängig von den Darmveränderungen und ihnen nicht proportional verläuft. Ebensowenig soll die Schwellung der Mesenterial-Drüsen in allen Fällen mit der Erkrankung der Darm-Drüsen in directer Beziehung stehen, denn es schwellen auch andere Drüsen des Körpers an und glaubt Verf. desshalb an gleichzeitige Infection des Darms und der Drüsen. Als Complicationen von Seiten des Darmes werden erwähnt parenchymatöse, und Blutung aus einem arrodirten Gefäss eines Colon-Geschwürs. Bei Perforations-Peritonitis schwand der vorhandene Stupor gleichwie nach Blutungen. Ferner wurden noch diphtheritische Geschwüre im Dickdarm mit sehr profusen Diarrhoeen beobachtet.

Haut. Graphitartige Flecke (als Pelioma oder tâches bleuâtres beschrieben) sah L. sowohl hier als bei Recurrens, Intermittens etc. Seltener waren einzelne Hauthaemorrhagien und ohne Bedeutung.

V. Nachkrankheiten nach Typhus.

Verf. berichtet über folgende Fälle: 1. Complete Lähmung des Stammes des Facialis durch Druck einer vergrösserten Parotis mit consecutiver Degeneration des Nerven, entstand in der Reconvalescenz. 2. Nachfolgende Diphtheritis faucium mit vollständiger Glottisparalyse. Besserung. Auftreten eines urticariaartigen Exanthems mit sofortigem Anschluss von Diabetes insipidus mit Vermehrung des Durstes und des Urins. Die Kranke verliess ungeheilt die Klinik. 3. Abdominal-

Typhus von 4-wöchentlicher Dauer; Entfieberung am 25. Krankheitstage. Bald darauf Auftreten multipler periostaler Entzündungen an den Extremitäten mit Abscess-Bildung. Exitus letalis unter dem Bilde der Septicaemie". Die Quelle der Infection wird in der Darm-Affection angenommen. Es wird die Geschichte eines Falles angeschlossen, bei welchem der Verf. die Infection und die Ursache zu multiplen eitrigen Gelenkentzündungen mit tödtlichem Ausgange ebenfalls auf den Darm zurückführt, und zwar bei einer Patientin, die an Dysenterie gelitten hatte.

Bartold.

---

49. Dr. **Fritz**, Stabsarzt, **Bericht über die vom 1. April 1879 bis zu demselben Termin 1880 auf der propaedeutischen Klinik beobachteten Fälle von Ileotyphus.** (Charité-Annalen, VI. Jahrg. S. 169.)

Auf der Klinik kamen in dem gen. Zeitraume 39 Fälle von Ileotyphus mit fast ausnahmslos schwerem Verlaufe und 7 Todesfällen zur Beobachtung. Verfasser schildert kurz die auf der Klinik übliche Behandlung. Kalte Bäder konnten wegen schwächlicher Constitution mancher Kranken und niedrigem Pulse nur mit Auswahl angewandt werden. „Verhältnissmässig oft hatte der Typhus den versatilen Character; die Kranken delirirten, waren aufgeregt und schlaflos. Hier wurden stets mit gutem Erfolge 5—8 mgr Morph. hydrochlorici, unter Umständen in 24 Stunden 2 mal wiederholt injicirt, in einigen Fällen 1—2 gr Chloralhydrat gereicht."

Einzelne interessante Fälle werden berichtet:

1. Ileotyphus. Auf der Höhe der Krankheit tritt eine Psychose mit fixen Wahnvorstellungen melancholischen Charakters mit dem Triebe zum Selbstmord auf, welche mit dem Eintritt in die Reconvalescenz schwand. 2. Bei einem 17jährigen Schneider tritt in der fortgeschrittenen Reconvalescenz von Ileotyphus eine Paralyse des rechten musc. supra- und infraspinati und des musc. serratus antic. maj. auf. Unter wöchentlich 3 mal wiederholter Application des constanten Stromes war die motorische Kraft der Muskeln fast wiederhergestellt. 3. Ileotyphus bei einem 26 jährigen Schlächter. Aufnahme am 6. Krankheitstage. In Folge einer sofort constatirten Periarteriitis der art. femoralis dextr. oberhalb des Adductoren-Schlitzes tritt Gangrän des Fusses ein und genügt zur Ablatio cruris unterhalb des Kniegelenks. Exitus letalis nach 3 Tagen. Befund: Milztumor. Vernarbende Typhus-Geschwüre. Thrombose der art. und vena femoralis.

Bartold.

---

50. A. Steffen, Zur Behandlung des Typhus im kindlichen Alter. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XV. Bd. 3. u. 4. Heft. Leipzig 1880.)

Steffen referirt über 148 Fälle von typhus abdominalis und 30 von typhus exanthematicus. In einer Anzahl von Fällen wurde kaltes Wasser und Chinin gleichzeitig angewandt; in den Fällen, welche mit salicylsaurem Natron behandelt wurden, wurde nur ganz selten und vereinzelt kaltes Wasser angewandt.

Unter den 148 Patienten wurden 48 mit kaltem Wasser behandelt. In der ersten kleineren Hälfte der Fälle wurden Bäder zwischen 15—20° R. gegeben. Da den Kranken diese plötzliche Kälte unangenehm war und dieselbe mehrmals eine beträchtliche Hyperästhesie der Körperoberfläche zur Folge hatte, so wurden Bäder von 28° R. gegeben, die durch allmähliges Zugiessen von kaltem Wasser auf 22 bis 20° R. abgekühlt wurden. In den abgekühlten Bädern befanden sich die Patienten 15—20 Minuten. Die Kranken wurden gebadet, wenn die Temperatur 39° C. überschritt. Wenn die Benommenheit des Sensoriums zu bedeutend war, wurden kalte Uebergiessungen im warmen Bade gemacht. Bei hochgradigem Fieber wurde Abends Chinin sulphuric. 0,5 gegeben, oder in einzelnen Fällen eine subcutane Injection von Chininlösung gemacht. Die Angaben der Angehörigen über die voraussichtliche Krankheitsdauer waren nicht zuverlässig. Die Angabe über das Eintreten der Entfieberung bezieht sich also nur auf die Beobachtungszeit im Spital.

Hiernach fand in 17 Fällen die vollkommene Entfieberung bis zum siebenten Tage incl. statt = 44 %. Es ergab sich, dass durch kalte Bäder in der Regel die Temperatur in geringerem Maasse herabgesetzt wurde, als durch lauwarme. — In der grössten Mehrzahl der Fälle leitet sich die vollständige Entfieberung plötzlich ein, in selteneren Fällen geschieht dies allmählich. — Die Temperatur wurde umsomehr herabgesetzt, je höher dieselbe gestiegen war. Bei jüngeren Kindern scheint die Beschleunigung des Pulses mit der Erhöhung der Temperatur meist gleichen Schritt zu halten, oder die letztere noch zu übertreffen. Mit dem Eintritt der Entfieberung findet man den Puls oft (23 von 38) vorübergehend verlangsamt, häufig mit einer gewissen Unregelmässigkeit verknüpft. Durchschnittlich konnten die Kranken nach einem Spitalaufenthalte von 20—30 Tagen gesund und gekräftigt entlassen werden. Der schliessliche Erfolg der Behandlung ergiebt, dass von 48 Fällen 43 genesen und 5 gestorben sind. Unter den letzteren befindet sich ein Knabe von 9, und 4 Mädchen von 5, 6, 10 und 13 Jahren. Der tödtliche Ausgang in 4 Fällen ist durch die Complicationen bedingt worden. Verf. ist nach seinen Erfahrungen der Ueberzeugung, dass die energische Anwendung kalter oder abgekühlter Bäder in vielen Fällen im Stande ist, die Entwickelung entzündlicher Processe in den Athmungsorganen zu bedingen oder mindestens zu befördern. Diese Erkrankungen der Respirationsorgane scheinen bei der Behandlung mit kaltem Wasser häufiger vorzukommen, als bei der mit Natr. salicylicum. — Eine Contraindication für die Anwendung des kalten Wassers ist der Widerwille des Kranken gegen die kalten Bäder und der sich etwa einstellende Collaps.

Behandlung mit Natron salicylicum.

Das Mittel wurde gegeben, sobald die Temperatur 39° überschritt. Die Gabe war für Kinder in den ersten Lebensjahren 0,5, für ältere in der Regel 1,0. In einzelnen Fällen wurde die doppelte Gabe gereicht. Das Mittel muss in ca. einem halben Glase Zuckerwasser aufgelöst gegeben werden. Tritt Uebelkeit und Erbrechen ein, so muss es durch Clysmata applicirt werden. Es wurden 54 Knaben und 46 Mädchen behandelt, nur der vierte Theil gehörte den ersten 6 Lebensjahren an. Bis zum 7. Tage incl. trat von 88 Fällen 52 Mal die vollständige Entfieberung ein (60,0 Proc.). In 46 Fällen überschritt die Menge des Medicaments nicht die Höhe von 10 gr, in 23 Fällen schwankte die Menge zwischen 10 und 20 gr, in den übrigen zwischen 20 und 40 gr. Nur in 4 Fällen wurden 40 gr überschritten und zwar in einem Falle bis zu 53 gr gegangen. Die Temperatur sinkt bei der Darreichung von Natr. salicyl. allmählig, im Verlauf mehrerer Stunden kann man Differenzen von 2—4° nachweisen. Die Herabsetzung der Temperatur hält in der Regel länger an, als die durch die Anwendung kalter Bäder bedingte. In der Mehrzahl der Fälle ist die Entfieberung plötzlich eingetreten, seltener allmählig. Gleichzeitig mit der Temperatur sinkt Puls und Respiration. Ebenso lässt sich allmählig oder plötzlicher die Verkleinerung der Milz constatiren. Die Pulsverlangsamung ist nach dem Eintritt der vollkommenen Entfieberung in 81 mit Natr. salicyl. behandelten Fällen nur 32 Mal nachgewiesen, ausserdem war die Verlangsamung nicht so beträchtlich, wie nach der Kaltwasserbehandlung.

Von den 100 Patienten starben 6. Davon müssen in Bezug auf die Berechnung der Mortalität drei ausgeschieden werden. Somit bleiben auf 97 Erkrankungen drei Todesfälle.

Unter den Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Natr. salicyl. kämen folgende Punkte in Betracht:

Die Kranken klagen bisweilen über ein Gefühl der Trockenheit und des Brennens im Munde und Schlunde. Beim Aussetzen des Mittels, oder bei starker Verdünnung mit Zuckerwasser verschwinden bald die Beschwerden. Stellt sich öfters Erbrechen ein, so empfiehlt es sich, das Mittel durch Clysmata zu appliciren. — Eine gewöhnliche Folge dieses Mittels ist vorübergehendes Sausen in den Ohren und Schwerhörigkeit. Delirien nach Natron salicyl. treten öfter auf. Unbekümmert um ihr Vorhandensein wurde das Natr. salicyl. weiter gegeben, und in der Regel schwanden noch während des Gebrauchs desselben die Delirien. Oefters treten nach der Anwendung des Mittels profuse Schweisse auf, und mit dem Eintritt des Schweisses ist ein Nachlass des Fiebers verbunden. In seltenen Fällen entwickelt sich ziemlich schnell, und jedesmal nach der Darreichung des Medicaments an den Extremitäten ein Erythem. Wenige Stunden nach seinem Auftreten schwindet diese Erscheinung vollständig. Etwa in der Hälfte der Fälle beobachtet man Transsudate im Unterhautzellgewebe des Gesichts, an den Händen und Füssen; seltener findet man sie auch an den Vorderarmen und Unterschenkeln. In einem Falle sah Verfasser auch Transsudate in den serösen Säcken entstehen. Verf. hebt hervor, dass salicylsaures Natron in grösseren Gaben nicht in zu kurzen Intervallen

gereicht werden soll. Er nimmt an, dass das salicylsaure Natron für sich allein die Absonderung von Urin vermehren könne. In der Regel steht der Grad der Diurese in gleichem Verhältniss zur Menge des angewandten Medicaments und der Dauer des Fiebers, doch kommen auch Ausnahmen vor. Zu den möglichen Nebenwirkungen des salicylsauren Natron gehört der Collaps. Bei einer tonisirenden Behandlung lässt sich derselbe vermeiden, wenn das Medicament in grossen Gaben, nach nicht zu kleinen Pausen, und nicht zu lange Zeit hindurch gegeben wird. Verf. stellt schliesslich die Erfolge der Typhusbehandlung mit Bädern und mit Natr. salicylicum nebeneinander und bemerkt, dass die Sterblichkeit, wenn man grosse Zahlen zusammenstellt, für beide Behandlungsweisen ziemlich die gleiche sei, mindestens nicht zu Ungunsten des Medicaments ausfalle. Die mit Natr. salicyl. behandelten Patienten pflegten sich ziemlich schnell zu erholen; schon wenige Tage nach der vollständigen Entfieberung verlangten sie aufzustehen, was nach der Anwendung der Bäder nicht so leicht der Fall sein möchte.

II. Typhus exanthematicus.

a) Behandlung mit kaltem Wasser.

Es wurden 24 Fälle mit von vornherein kalten oder kühlen Bädern behandelt. Die Temperatur derselben variirte zwischen 12 und 24° R. Bei sehr niedrig temperirten Bädern (12—16°) trat eine beträchtliche Hyperästhesie der Körperoberfläche ein. Die Patienten befanden sich in dem Alter von 3 bis 12 Jahren; einer war über 12 Jahre alt. Die Zeit, nach deren Ablauf vollständige Entfieberung eintrat, ist bei den unsicheren Angaben der Angehörigen, von dem Tage der Aufnahme in das Spital gerechnet. Von 22 Fällen ist 16 Mal die Entfieberung bis zum 7. Tage incl. eingetreten, nur in einem Falle hat die Zeit länger als 13 Tage gedauert. Im Fall 4 wurde 31 Mal stündlich, im Fall 8 mit Ausnahme einer dreistündigen Pause 54 Mal stündlich gebadet. Häufig sind bei dem exanthematischen Typhus im Beginn der Krankheit die kalten Bäder von gar keinem Einfluss auf die Temperatur. Der Puls steht bei älteren Kindern in keinem Verhältniss zu der hohen Temperatur, bei jüngeren ist derselbe der Temperatur entsprechend beschleunigt. — In der Mehrzahl der Fälle tritt die Entfieberung plötzlich ein.

Die Dauer des Spitalaufenthaltes betrug in der Mehrzahl der Fälle (15) 9 bis 21 Tage. Die Sterblichkeit betrug bei der Kaltwasserbehandlung 4%. Da 2 Dritttheile dieser Kranken über 9 Jahre alt waren, so entspricht die Sterblichkeit der mittleren Zahl, welche man aus grösseren Summen für dieses Alter berechnet hat.

b) Behandlung mit Natron salicylicum.

Es erstreckt sich diese Behandlung auf 6 Fälle. Sobald die Temperatur 39° überschritt, wurde 1 gr des Medicaments gegeben. Die Dauer des Spitalaufenthaltes betrug in 3 Fällen 17 bis 19, in zwei 26 und 27 Tage. Der Ablauf des Typhus exanthematicus scheint durch das Medicament mindestens ebenso erfolgreich beeinflusst zu werden, wie durch Bäder.

Kohts (Strassburg).

51. **G. Weidenbaum** (Dorpat), **Zur Therapie der Variola.** (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881, No. 6.)

W. suchte nach Mitteln, „welche den Exsikkationsprozess in der schon vorhandenen Pustel beschleunigen oder die Pustel in ihren ersten Anfängen (Knötchen) nicht zur weiteren Fortentwickelung kommen lassen, sie abortiv zu Grunde richten, indem sie den lokal entzündlichen Prozess (um das Knötchen) heben und das, wenn auch in geringer Menge schon gesetzte Fluidum fortleiten und auf diese Weise auch dem gefahrdrohenden Eiterungsfieber vorbeugen". Er liess den ganzen Körper der Kranken mit folgender Salbe einreiben: Ung. ciner. 7,0, Sapon. kalin. 15,0, Glycerini 30,0.

Die einzelnen Medikamente hatten den Zweck:

„1) das Ung. ciner. richtete seine Wirkung gegen den lokal entzündlichen Prozess, der die Pustelbildung begleitet;

2) die alkalische Schmierseife wirkte macerirend auf die Epidermis der Pustel;

3) das Glycerin verstärkte den exosmotischen Strom aus denselben;

4) die Salbenform des Medikamentes war besonders geeignet, die Pustel genau zu bedecken und dadurch von der atmosphärischen Luft abzuschliessen".

Die Salbe wurde in 17 Fällen angewandt. „Dieselben zeigten alle das Uebereinstimmende, dass in den vorhandenen Knötchen ein Stillstand der Entwickelung eintrat, dieselben sich nicht zu Bläschen ausbildeten, sondern atrophirten, die vorhandenen Bläschen sehr bald zusammenschrumpften, runzlig wurden und schwanden, die Eiterpusteln ebenfalls doch langsamer ein runzliges Aussehen erhielten, und ihr Inhalt einzutrocknen begann. Gleichzeitig mit diesen Vorgängen auf der Haut nahm das Fieber an Intensität ab und das Wohlbefinden der Patienten zu". Die Salivation war in keinem Falle stärker, als sie bei Variola zu sein pflegt.

E. Badenhewer.

---

52. **Dr. Joseph W. Warren, Ueber den Einfluss des Tetanus der Muskeln auf die in ihm enthaltenen Säuren.** (Pflüger's Archiv Bd. XXIV.)

Unter Anwendung der üblichen Methode zur Gewinnung der Milchsäure liefert Verf. den Beweis, dass der Tetanus die Quantität der extrahirbaren Säuren im Muskel vermindert. Acht verschiedene Versuche, wovon sechs mit den verschiedensten Variationen an Kaninchen und zwei an Froschschenkeln angestellt waren, führten ohne Ausnahme zu demselben Resultate. Dies Ergebniss ist auch insofern bemerkenswerth, als nur die mitgetheilten Versuche gemacht wurden. Die Abnahme an titrirbarer Säure beträgt 20—40 %.

Zur Beseitigung des Widerspruchs, dass der arbeitende Muskel sauer wird und doch weniger Säure enthält, wird eine theoretische Betrachtung Pflüger's mitgetheilt, der an die leichte Aetherbildung bei den Milchsäuren erinnert. Nach dieser Ansicht treten 2 Mol. Milchsäure zusammen, um unter Austritt von Wasser ein Mol. condensirter Milchsäure zu bilden, also:

$$
\begin{array}{lll}
CH_3 & & \\
| & & \\
CH{-}OH & + & CH_3 \\
| & & | \\
CO{-}O\boxed{H\ HO}{-}CH & & \\
& & | \\
& & CO{-}OH
\end{array}
\quad = \quad
\begin{array}{ll}
CH_3 & \\
| & \\
CH{-}OH & CH_3 \\
| & | \\
CO{-}O & {-}\ CH \\
& | \\
& CO{-}OH
\end{array}
\quad + H_2O
$$

2 Mol. Milchsäure. 1 Mol. condensirte Milchsäure.

Da diese condensirte Milchsäure sich leicht spaltet, so kann die Acidität zunehmen, ohne dass in Wirklichkeit ein einziges Molekül Säure gebildet wird. Beim Tetanus könnte also durch Spaltung der condensirten Säuren die saure Reaction des Fleisches zunehmen, während die absolute Quantität der Säure durch Oxydation vermindert wird.

Die Priorität dieser Entdeckung nimmt W. für sich in Anspruch, da er in seiner Inaugural-Dissertation (Juni 1880) einige dieser Versuche veröffentlichte, während Astaschewsky mehrere Monate später seine zu einem ähnlichen Ergebniss führenden Versuche (Zeitschr. für physiol. Chemie, Nov. 1880.) bekannt machte.

Kochs.

---

53. **Hubert Reich,** Bezirksarzt in Müllheim (Baden), **Ueber transitorisches Irresein bei Kindern.** (Berliner klinische Wochenschrift 1881, No. 8.)

Verfasser hat 4 Fälle von transitorischem Irresein bei Knaben beobachtet, dieselben waren bei heftiger Kälte mehrere Stunden auf dem Eise gewesen; nachdem sie sich zu Hause kurze Zeit an den warmen Ofen gesetzt hatten, trat plötzlich ein Zustand allgemeiner Verwirrung auf, sie wurden ängstlich, dann gewaltthätig, hatten Hallucinationen; bei einem Knaben traten Muskelkrämpfe, Cyanose des Gesichtes, beschleunigter Puls, Wärme des Kopfes, doch keine Temperaturerhöhung des Körpers auf. Nachdem die Scene mehrere Stunden angedauert hatte, schliefen die Knaben ein und erwachten gesund, ohne Bewusstsein von dem Geschehenen. Verf. glaubt die Ursache des Irreseins in dem schroffen Wechsel von Kälte und Wärme suchen zu müssen, wodurch eine Veränderung der Circulationsverhältnisse des Gehirns — ob Hyperämie oder Anämie mit consecutivem Oedem lässt Verfasser unentschieden — vor sich gegangen sei.

Verf. glaubt, dass diese Fälle für die gerichtliche Praxis insofern Wichtigkeit haben, als dadurch gezeigt wird, dass bei vorher gesunden Individuen durch plötzlichen Temperaturwechsel Zustände entstehen können, denen Bewusstsein und Zurechnungsfähigkeit abgeht.

Kohts (Strassburg).

---

54. **Dr. Seifert** (Würzburg), **Beitrag zur Pathologie und Therapie der Trigeminusneuralgieen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 11.)

Dr. S. theilt 3 Fälle von Trigeminusneuralgie und deren erfolgreiche Behandlung mit. Im 1. Falle war Zahncaries vorhergegangen. Die Neuralgie betraf den 1. und 2. Ast; es bestand leichte Hyperalgesie. Carotiscompression der betreffenden Seite, bis 1 Min. dauernd, bringt sofortiges Aufhören des Schmerzes. Die freien Intervalle nach der Compression, anfangs nur kurz, steigen bis zu 3tägiger Dauer. 1 gr Chinin an 2 Tagen nach einander beseitigt den Schmerz; darauf noch mehrere Tage je 0,5 gr Chinin, nach diesen solut. Fowl. 3 mal täglich 3—9 Tropfen steigend und wieder fallend; geheilt entlassen.

Im 2. Falle trat der Schmerz in der rechten Stirnhälfte und im rechten Auge seit 10 Jahren im Frühjahr und Herbst auf und bestand bei Beginn der Beobachtung von früh 7 Uhr steigend bis 3 Uhr, verschwand 7 Uhr Abends. Carotiscompression beseitigte sofort den Schmerz, der aber bei Nachlass derselben unter Zusammenzucken des Pat. wieder „einschoss"; ausgesprochene Hyperalgesie der rechten Stirnhälfte. 3 Tage lang gereichtes Chinin, 1gr täglich auf einmal, beseitigt den Schmerz. Nachbehandlung wie im 1. Falle.

Der 3. Fall verlief ebenfalls im 1. Ast; dem Eintritt der Neuralgie ging ein heftiger Nasenkatarrh vorher, der besonders in dem entsprcchenden Nasengange sass; es bestand Hyperalgesie der schmerzenden Gegend. Compression der Carotis beseitigt nur auf sehr kurze Zeit den Schmerz. Tastkreise an beiden Stirnhälften 2 ctm, während der Compression an der schmerzenden Seite 3 ctm. Durch Anwendung der Nasendouche erhebliche Erleichterung nach reichlicher Schleimentleerung. — Chinin mehrere Tage je 1 gr beseitigt den Schmerz.

R.

---

55. **Dr. Ludwig Langer, Ueber die Prävalenz der Endocarditis valvularis in der linken Herzhälfte.** (Wiener medizin. Blätter 1881. No. 9 und 10.)

Eine Prädisposition einzelner Körperstellen für bestimmte Erkrankungen ist sicher constatirt und bekannt bei der croupösen Pneumonie, bei vielen Krankheitsformen der Haut. Um die sicher vorhandene Prädilection der linksseitigen Herzklappen für endocarditische Affectionen zu erklären, discutirt Verf. drei Möglichkeiten. Die erste ist die, dass die ursächlichen Momente im linken Herzen in intensiverer Weise sich geltend machen könnten. Doch lässt sich hierfür nur wenig Haltbares angeben. Wenn man der Meinung ist, dass Veränderungen der Blutmischung Veranlassung zu endocarditischen Prozessen abgeben, und das ist wenigstens für die im Gefolge der Infectionskrankheiten auftretenden (Endocarditis rheumatica und blennorrhagia) ausser Zweifel, so sollte man gerade für diese eine geeignetere Etablirungsstelle im r e c h t e n Herzen finden, weil hier zunächst das Blut einwirken kann, welches aus den Geweben mit Krankheitsstoffen beladen zurückkommt. Auch

sollte man gerade für die ulceröse und diphtheritische Endocarditis sich vorstellen, dass im rechten Herzen, wo der Blutstrom langsamer und weniger energisch an den Wandungen vorbeistreicht, leichter als im linken inficirendes Material liegen bliebe.

Mehr Anhaltspunkte zur Erklärung gibt die zweite Möglichkeit, dass nämlich vielleicht „gewisse mechanische Verhältnisse in der Herzaction das Zustandekommen der linksseitigen Endocarditis begünstigen". Wenn schon nach Rindfleisch unter den einzelnen Theilen der Herzklappen diejenigen am liebsten Sitz der Erkrankung werden, welche, wie die Schliessungslinien, vorwiegend den Insulten: Druck, Zerrung, Reibung ausgesetzt sind, dann scheint es auch eher verständlich, wenn die Klappen erkranken, sobald durch die allgemeinen Strömungsverhältnisse jene Insulte sich steigern, und dass es gerade dann diejenigen Klappen vorwiegend betreffen wird, welche am meisten überangestrengt werden. Diese Betrachtung wird gestützt durch die Thatsache linksseitiger Klappenerkrankung bei schon lange bestehenden Klappenfehlern, bei Morb. Brightii und in puerperio.

Die dritte Möglichkeit liegt darin, dass die Prädisposition geschaffen ist durch Differenzen in Structur und Vaskularität, „und zwar verhalten sich die Zipfelklappen des linken Herzens anatomisch derart, dass sich daraus auf eine grössere Vulnerabilität derselben schliessen lässt".

Die linksseitigen Klappen enthalten zunächst mehr Muskelfasern; namentlich reich an Muskelzügen ist der untere Theil des Aortenzipfels; während z. B. die Tricuspidalis ausschliesslich aus sehr widerstandsfähigem derb elastischem Gewebe besteht. Zu diesem grösseren Reichthum an Muskelzügen kommen als weitere vulnerablere Gewebsbestandtheile: lockeres Bindegewebe, Blutgefässe und Nerven. Und gerade hier im subendocardialen Gewebe manifestirt sich der Beginn der Entzündung. Als Beweis für den gewichtigen Einfluss der Zusammensetzung dieses Gewebes vorwiegend aus Muskelsubstanz steht die Thatsache da, dass im intrauterinen Leben Endocarditis sich im rechten Herzen entwickelt, dass dieser Vorgang wie es scheint gerade in das Entwicklungsstadium fällt, wo der rechte venöse Klappenapparat vorwaltend aus Muskelgewebe besteht.

Die Menge und Ausbreitung der Blutgefässe ist in den Klappen des linken Herzens beträchtlicher. Zuweilen bieten Mitralis und Aortaklappe ein reiches Gefässnetz dar. Die Ausbreitung der Gefässe ist aber an die der Muskelsubstanz gebunden. Hier kommen denn auch Haemorrhagien und Embolien vor, hier ist ein regerer Stoffwechsel und Störungen desselben auch so viel leichter möglich. In dieser Ansicht bestärkt der Umstand, dass bei den Thieren (Hunden, Schweinen) der Sitz der Endocarditis sich auch an den Gefässreichthum der verschiedenen Klappen zu halten scheint.

Finkler.

56. **Carl Mellinger**, stud. med., **Beiträge zur Kenntniss des Erbrechens.** Resumé einer von der medicinischen Fakultät der Universität Zürich gekrönten Preisschrift. (Pflüger's Arch. XXIV. Bd.)

Die Arbeit beginnt mit einer Untersuchung über das Brechvermögen in der Wirbelthierreihe und hat folgendes ergeben:

1) Fische — Erbrechen,
2) Amphibien — Erbrechen,
3) Reptilien — Erbrechen,
4) Vögel — Erbrechen:
5) Säugethiere:
   Unpaarzeher — kein Erbrechen,
   Paarzeher — Erbrechen,
   Wiederkäuer — kein Erbrechen,
   Nagethiere — kein Erbrechen,
   Insektenfresser — Erbrechen,
   Raubthiere — Erbrechen,
   Handflügler — kein Erbrechen.

Zur Erregung des Brechaktes wurde Apomorphin und Brechweinstein verwendet.

Eine Musterung der Mägen der einmägigen Wirbelthiere ergibt, dass die Längsstellung des Magens für das Erbrechen günstiger ist, als Querstellung; ferner ist der schlauchförmige Magen geeigneter zum Erbrechen als der ausgebildete, mit starkem Fundus versehene.

Hiermit stimmt die wohlbekannte Erfahrung beim Menschen, dass Kinder leichter erbrechen als Erwachsene, da der Fundus kaum entwickelt ist und der Oesophagus fast endständig inserirt, kurz eine grössere Aehnlichkeit mit dem Carnivorenmagen besteht, wie ja die Differenzirung des Magens vom Digestionsschlauch und die Querstellung desselben um so weniger entwickelt ist, je weiter wir in der Entwicklungsgeschichte zurückgreifen.

Was nun die Betheiligung des Magens beim Erbrechen anlangt, so ist noch nicht festgestellt, ob nicht letzteres nur durch Druck der Bauchmuskeln und des Zwerchfelles zu Stande kommt. Dass die Bauchmuskulatur betheiligt ist und wenigstens das Erbrechen erleichtert, ergibt die unmittelbare Beobachtung eines erbrechenden Menschen, andererseits weist Verfasser darauf hin, dass es Thiere gibt, bei denen der Magen allein das Erbrechen hervorbringt. Ob jedoch der Magen überhaupt allein Erbrechen bewirken könne, kann nur für die niedern Wirbelthiere bejaht werden, bei höheren, z. B. dem Hunde, hat er nicht mehr die nöthige Muskulatur und es muss die Bauchmuskulatur mitwirken. Rücksichtlich der Details der hierauf bezüglichen Untersuchung sowie die Controversen muss auf das Original verwiesen werden.

Verfasser analysirt die einzelnen Phasen des überaus complicirten Brechaktes an der Beobachtung eines Hundes, der nach Eingabe eines Brechmittels sich selbst überlassen wird und sich frei bewegen kann. Das Thier streckt zuerst seinen Kopf und athmet sehr tief, dann hält es nach einer tiefen Inspiration den Athem an, d. h. die Glottis verschliesst sich, die Brust dehnt sich jedoch noch weiter aus; gleich darauf contrahiren sich die Bauchmuskeln, das Zwerchfell und die

Halsmuskulatur kräftig und es beginnt eine Art Pumpen mittelst Zwerchfell und Bauchmuskeln, die Brust bleibt dabei ausgedehnt; plötzlich stürzt, begleitet von einem Exspirationsstoss, der Mageninhalt durch die Mundöffnung. Es ist nun klar, dass wenn sich nach Glottisverschluss die Brust noch weiter ausdehnt, der negative Druck im Thorax zunehmen, und dasjenige Stück des Oesophagus, welches in der Brust liegt, saugend auf den Magen wirken muss. Ein Theil des Mageninhaltes wird so ohne Zweifel zunächst in den Oesophagus befördert.

Ueber die controverse Frage der activen Betheiligung des Oesophagus am Brechakt (vgl. die Angaben von Magendie, Segallois und Béclard, Budge, Rühle, Lüttich und Anderer). Verfasser legte den Oesophagus beim Hunde blos und konnte deutlich das Ablaufen der durch Reizung der Mundhöhle entstandenen Schluckbewegungen ablaufen sehen und sich von deren auffallender Langsamkeit überzeugen. Wurde ein Brechmittel in den Magen oder eine Vene gegeben, dann stiegen kurz vor Eintritt des Erbrechens Luftblasen in dem Oesophagus auf- und abwärts, ohne von einer Contraktion gefolgt zu sein. Beim Erbrechen sah man, wenn die Thiere leeren Magen hatten, sich gleich nach dem Anfall den Oesophagus stark contrahiren und nach einigen Sekunden wieder erschlaffen. Bei gefülltem Magen dehnte sich der Oesophagus so stark aus, dass man glauben sollte, er hätte an der blosgelegten Stelle platzen müssen. Zurückbleibende Speisestücke wurden stets durch deutliche peristaltische Contraktionen zum Magen hin befördert. Es scheint daher, dass der Oesophagus sich nicht durch antiperistaltische Contraktion am Brechakt betheiligt, sondern durch Contraktion in toto. Dass der Oesophagus in der That aktiv mitwirken muss, ergab sich auch noch daraus, dass ein Hund, dem der Magen exstirpirt wurde, grössere Mengen Schleim erbrach.

Kochs.

---

57. **Dr. C. Hindenlang** (Freyberg), **Carcinoma oesophagi mit Perforation in den l. Vorhof.** Aus der medic. Klinik des Herrn Prof. Bäumler. (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 9.)

Bei einem 52jährigen Manne begann die Stenose des Oesophagus bei der ersten Sondirung 36 cm, bei der zweiten 34 cm abwärts von der Zahnreihe. Nach weiteren drei Wochen wurde die fast ganz verlegte Passage wieder freier, es konnten sogar etwas konsistentere Nahrungsmittel genossen werden und das Körpergewicht stieg von 47,5 auf 51,0 kgr. Eines Tages wurde Pat. von einem Frostanfall befallen, fiel am selben Tage beim Versuch zu Stuhle zu gehen bewusstlos um und schlug sich auf den Hinterkopf. Temp. 39,8. Sclerae leicht icterisch. Herztöne rein. Nach 3 Tagen plötzlich Sprachlosigkeit. Pat. wirft sich unruhig umher, scheint Nichts zu verstehen, leichte Parese des l. facialis, geringe Nackenstarre. 2 Tage später vollständige Bewusstlosigkeit, keine Reflexe auszulösen. Temp. 40,4. Puls 128. Tod. Postmortale Temp. $^1/_2$ Stunde später 42 p. rect.

Sektion: Auf der linken Seite der Innenfläche des Darms eine leichte Hämorrhagie. Pia mat. über beiden Convexitäten durch eitrige

Exsudation getrübt, mehr rechts, ebenso die Gebilde der Basis in Exsudatmassen gehüllt. In den Seitenventrikeln trübes Fluidum. Auf Durchschnitten des Gehirns verschiedene diffuse, gräuliche Herdbildungen, der grösste in der linken Hemisphäre des Kleinhirns. Lungen gesund bis auf Hypostase und Oedem. Im Oesophagus, 9 cm über der Cardia, ein über thalergrosses, tiefes, carcinomat. Geschwür, sämmtliche Häute durchdringend. Verwachsungen mit Bronchialästen und Herzbeutel. An der Umschlagstelle des Herzbeutels am linken Vorhof schwärzliche Verfettung, dieser entsprechend im Innern des Vorhofes eine ebensolche verfärbte Stelle, das Gewebe völlig erweicht, morsch. Ein nekrotischer, kirschgrosser Herd von 1 cm Tiefe an der Hinterwand des linken Ventrikels. Entzündliche Veränderungen am ganzen Peri- und Epicardium. Eitrige Meningitis spinalis.

H. betrachtet die ulceröse Endocarditis des linken Vorhofes als Ursache embolischer Vorgänge, die sowohl die Herderkrankungen des Gehirns als die Meningitis cerebral. und spinal. veranlasst haben.

R.

---

58. **Dr. London** (Carlsbad), **Ueber die Resorptionsverhältnisse der normalen Blasenschleimhaut.** (Berlin. klin. Wochenschr. 1881. No. 11.)

L. erhielt bei Versuchen, die er an sich selbst anstellte, nach Jodkalium und Chlorlithioneinspritzung in die Blase nur Reactionsspuren im Speichel. Die Untersuchung der Blasenepithelien bei verschiedenen Ausdehnungsgraden der Blase ergab, „dass bei jeder Veränderung der Blasencapacität, trotz der enormen Ausdehnung, deren die Blase fähig ist, gar keine Continuitätstrennung der Epithelschichten, gar keine Verschiebung derselben, sondern vermöge der ausserordentlichen Elasticität, die die Epithelien in so hohem Grade besitzen, eine constatirbare Formveränderung der einzelnen Epithelzellen, proportional der Aenderung des Gesammtepithels, stattfindet".

R.

---

59. **Franz Illner** (Laibach), **Ueber einen Fall von Heilung eines Lupus exulcerans mittelst Chrysophansäure.** (Fr. Betz' Memorabilien. XXVI. 1. Heft. S. 29—31.)

Patient, 27 Jahre alt, vor $3^1/_2$ Jahren erkrankt, von mehreren Aerzten nach einander vergeblich behandelt. Man findet den ganzen knorpeligen Theil der Nase von einer Geschwürsfläche eingenommen, in dieser zahlreiche, den einzelnen Follikeln entsprechende, stark prominirende Excrescenzen, Eiterpünktchen und Borken. Den Rand des Geschwürs bildet ein schmaler, gegen das Gesunde sich abflachender, livider, mit Schüppchen bedeckter Saum. Diagnose: Lupus. Therapie: Innerlich Leberthran; äusserlich tägliche Auftragung der Chrysophansalbe (im Verhältniss von 5 : 20 Vaselin) in dünner Schichte mittels des Borstenpinsels. Unter dieser Behandlung kam es schon nach 14

Tagen zur Verringerung der Eiterbildung; endlich an einzelnen inselförmigen Stellen zur Bildung eines zarten Oberhäutchens und nach Verlauf von 10 Wochen zur Heilung.

Wolffberg.

---

60. **Friedr. Böhm** (Niederwerra), **Die Kindersterblichkeit in dem ärztlichen Bezirke Niederwerra.** (Aerztliches Intelligenzblatt 1881. No. 12.)

Der Verf. hat für sechs unterfränkische Ortschaften (mit ca. 3300 Einwohnern), in denen er prakticirt, und für 25 Jahre (1854—1878) die Kindersterblichkeit im ersten sowie in den beiden ersten Lebensjahren zugleich mit Rücksicht auf die Todesursachen und auf die Frage, wie viele der Gestorbenen ärztlich behandelt waren, untersucht. Den beiden Tabellen des Verf.'s entnehmen wir, dass die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr in Minimo 18% der Lebendgeborenen, in Maximo 37% betrug; bis zum vollendeten zweiten Jahre waren in der besten Ortschaft 20%, in der ungünstigsten 38% der Lebendgeborenen gestorben. Ohne ärztliche Behandlung waren in einem Orte 56%, im günstigsten Orte 25% der Gestorbenen geblieben. (In dem Dorfe mit der geringsten Kindermortalität waren 49% der Gestorbenen, in dem mit der höchsten Sterblichkeit nur 26% nicht behandelt worden.) Der Verf. weist als Ursache der beträchtlichen Mortalität bedeutende hygienische Missstände nach: erstlich das immer seltener werdende Selbststillen seitens der Mütter; zweitens gänzlich fehlerhafte Behandlung der künstlichen Nahrung und vollkommene Unwissenheit über die Gesundheit und die Bedürfnisse der Kinder. Sehr auffallend erwies sich die geringe Sterblichkeit der Kinder jüdischer Eltern; in zwei Dörfern betrug dieselbe 6, resp. 10%, während daselbst von den Kindern christlicher Eltern 33, resp. 23% starben. Die Ursachen der günstigern Bedingungen sind nach dem Verf. grössere Vorsicht bei der Eheschliessung, bessere Pflege der Schwangeren und des Kindes, Zuziehung ärztlicher Hilfe, während sonst vielfach die Meinung verbreitet sei, dass bei kleinen Kindern doch Nichts erreicht werden könne. Wesentliche Besserung verspricht sich der Verf. erst von sorgfältigerer Schulbildung der Bevölkerung und insbesondere von besserer Ausbildung und Controle der Hebammen.

Wolffberg.

---

61. **J. M. Rossbach** (Würzburg), **Papayotin, ein gutes Lösungsmittel für diphtheritische und croupöse Membranen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 10.)

R. bekam 1 gr „des echten Milchsaftes Papayotin in Form von amorphen, rein weissen, nicht hygroscopischen, geruch- und fast geschmacklosen Stückchen“ zur Verfügung gestellt. 1 Theil ist in 20 Theilen Wasser löslich. Das Epithel der Mundschleimhaut wird nicht davon verändert; Lungengewebe in einer 5procent. Lösung veränderte

sich selbst in mehreren Tagen nicht; ein 0,13 gr schweres Stückchen Muskelfleisch in derselben Lösung war in 1/2 Stunde ganz weich und zerfiel bald; ein grosses Stück einer dicken croupösen Membranröhre, die ein an Diphtheritis krankes Kind nach der Tracheotomie ausgehustet hatte, wurde in ebensolche Lösung gelegt, nach 1 Stunde war dieselbe vollständig zerfallen, nach 6 Stunden klar aufgelöst, verschwunden. 2 1/2procentige Lösungen lösten nur zum Theil, 1/2procent. gar nicht; erwärmte Lösungen wirken nicht rascher als kalte. Leider war die geringe Substanz verbraucht. Weitere Versuche wurden, da echter Milchsaft nicht zu beschaffen war, mit Succus Caricae Papayae fortgesetzt. Derselbe in 8 Theilen kaltem Wasser löslich, giebt filtrirt eine gelbliche klare Lösung. Die Wirkung dieses auf die oben bezeichnete Croupmembran war viel schwächer, sie zerfiel erst in etwa 12 Stunden in kleine Partikelchen. Bei einem schwächlichen, schwer an Diphtheritis erkrankten 1 1/2jährigen Kinde, wurde mit einer concentrirten Lösung der Rachen bepinselt, auch davon zur Inhalation verwandt. Die Membranen verschwanden, die Larynxstenose schwand, aber Atelectase und Lungenödem führten den Tod herbei. Die Sektion ergab nur starke Röthe und Schwellung, ausser in den Morgagnischen Ventrikeln aber keine Auflagerungen mehr. R. hält daher weitere Versuche für wünschenswerth und schlägt vor, das Mittel durch Einpinseln und Einträufeln direkt fortwährend (alle 5 Minuten) mit den Auflagerungen in Berührung zu bringen.

R.

Neue Bücher.

Jaeger, Die Neuralanalyse insbesondere in ihrer Anwendung auf die homöopathischen Verdünnungen. Mit 6 kolorirten und einer phototypirten Tafel. Leipzig, E. Günthers Verl. 4 M.

Jurasz, Ueber die Sensibilitätsneurosen des Rachens und des Kehlkopfes. (Samml. klin. Vorträge 195.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Leçons de clinique thérapeutique professés à l'hôpital saint Antoine par le docteur du jardin Beaumetz. 4me fasc. Paris, Doin. 5 fr.

Martin, De l'Ozène vrai. Paris, Doin. 2 fr.

Paulier & Hétet, Traité élémentaire de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie. 2 volumes avec 150 figures et 24 planches en couleur hors texte exécutées avec le plus grand soin. Paris, Doin. 18 fr.

Prochownik, Ueber die Auskratzung der Gebärmutter (Samml. klin. Vorträge No. 193). Leipzig, Beitkopf & Härtel. 75 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **12. April.** **Nro. 5.**

Inhalt.

62. **Carpani Luigi, La cura del reumatismo articolare acuto.** Die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus. (Annali universali di Medicina e Chirurgia 1881. Heft 1, S. 28—51 und 2, S. 158—189.)

C. hat im Laufe der Jahre 1879 und 1880 im Ospedale Maggiore von Mailand achtzig Fälle von acutem Gelenkrheumatismus behandelt und die Wirkung des salicylsauren Natrons, des Chinins, der Benzoesäure und der Application von Vesicantien auf die afficirten Gelenke studiert. Nach der Behandlungsweise sondert er die Fälle in vier Gruppen.

In der ersten Gruppe bespricht Verf. 22 Fälle, die zum Theil (16 Fälle) nur mit salicylsaurem Natron, zum Theil (6 Fälle) vorher ohne Erfolg mit andern Mitteln behandelt worden waren. Die gewöhnliche Dosis war 6—8 gr, in 6—8 Theile getheilt, stündlich ein Pulver. Als Getränk wurde eine Altheaabkochung gegeben; die Diät war, so lange das Fieber anhielt, reizlos, später roborirend. Bestanden im Anfang gastrische Beschwerden oder Verstopfung, so wurde ein leichtes Abführmittel — meist Ricinusöl oder eine Lösung von citronensaurer Magnesia — gereicht. Auf Grund seiner Erfahrungen stellt C. folgende Sätze auf.

1. Das salicylsaure Natron ist speciell indicirt und übertrifft an Wirksamkeit alle übrigen Mittel in den Fällen von acutem fieberhaften polyarticulären Rheumatismus, bei denen die betroffenen Gelenke roth, heiss, geschwollen und sehr schmerzhaft sind. Ausgenommen sind die mit Intermittens complicirten Fälle sowie solche, in denen die betreffenden Patienten längere Zeit der Wirkung des Malariagiftes ausgesetzt gewesen waren, ohne indess wirklich an Wechselfieber erkrankt zu sein.

2. Weniger intensiv und langsamer wirkend zeigt sich das salicylsaure Natron beim afebrilen polyarticulärem Rheumatismus ohne stark hervortretende Affection der Gelenke.

3. Fast ganz unwirksam ist es beim monoarticulären Rheumatismus.

4. Contraindicirt ist das Mittel
   a) bei Complicationen mit schweren Herzaffectionen;
   b) bei gleichzeitig bestehenden anhaltenden, schweren nervösen und gastrischen Störungen;
   c) bei Complication mit Nierenerkrankungen. Dass das salicylsaure Natron Nephritis zu erzeugen im Stande sei, kann C. nach seinen Beobachtungen nicht behaupten, wohl aber werden bestehende Nierenaffectionen durch das Mittel verschlimmert. Daher sollte vor Anwendung desselben stets der Urin untersucht werden.

5. Grosse Vorsicht erfordert der Gebrauch des Mittels bei Kindern, alten oder durch lange Krankheiten erschöpften Personen.

Die einzelnen Sätze werden durch eingeflochtene Krankengeschichten illustrirt.

Gruppe 2 umfasst 22 Fälle, bei denen das Chinin allein oder nach erfolglosen Versuchen mit andern Mitteln in Anwendung gezogen wurde. Die Dosis war 1 seltener 2 gr pro die. In 8 Fällen bestand Intermittens als Complication des acuten Gelenkrheumatismus; in 14 will C. die Gelenkaffection nur als Manifestation der Malariainfection angesehen wissen. Er vergleicht diese Fälle mit den bei andern Infectionskrankheiten (Abdominaltyphus, Febris puerperalis etc.) eintretenden Gelenkaffectionen und meint, dass unter dem Einfluss des Malariagiftes sich Entzündungen der Gelenke ebensogut ausbilden könnten, wie Hautkrankheiten (Urticaria, Eczem, Prurigo) oder nervöse und viscerale Affectionen. Bei den Kranken dieser Gruppe begann die Erkrankung meist mit einem ein- oder mehrmaligen Frost; die Patienten zeigten gelblicherdiges Colorit und Milztumor; das Fieber hatte quotidianen, tertianen oder quartanen Typus und nahmen Schmerzen und Schwellung der Gelenke in der fieberfreien Zeit ab, oder schwanden gänzlich, um mit Eintritt des Fiebers wiederzukehren. C. findet mannigfache Analogieen zwischen diesen Krankheitsformen und den zuerst von Baccelli in Rom, später auch von C. selbst beobachteten und von ihm als Typhusmalaria bezeichneten und meist letal endigenden Fällen von Abdominaltyphus, bei welchen sämmtliche, letzterer Krankheit zukommenden Symptome in gewöhnlicher Weise auftraten, mit Ausnahme des Fiebers, das einen vollständigen Intermittenstypus zeigte.

Für zwei weitere, hierhergehörige Beobachtungen glaubt C. eine

besondere Kategorie mit dem Namen: infectiöses, rheumatisches Fieber aufstellen zu müssen. Der eine Fall ging unter dem Gebrauch von Chinin in Genesung über, der andere, von dem eine ausführliche Krankengeschichte gegeben wird, verlief letal. Ausgezeichnet war derselbe durch nicht sehr hohes Fieber, öfteres Ueberspringen der Entzündung von einem Gelenk zum andern, heftige Schweisse mit verbreiteter Eruption von Sudaminis und dem Auftreten vereinzelter grösserer mit eiterähnlicher Flüssigkeit gefüllter Blasen. Die Autopsie ergab ausser einer Milzanschwellung und vergrösserten solitären Follikeln im untersten Theil des Ileum nichts Abnormes. Contraindicirt ist nach C. das Chinin weder bei stärkeren Cerebralerscheinungen noch bei Complication mit Herzaffection. Eine Chininintoxication hat er trotz langem und ununterbrochen fortgesetztem Gebrauch des Mittels nie gesehen.

In Gruppe 3 bespricht Verf. 8 mit Acid. benzoicum behandelte Fälle. Die Tagesdosis schwankte zwischen 6 und 15 gr, in Einzeldosen zu 1 gr stündlich genommen und zwar, um Reizung der ersten Wege zu vermeiden, in Oblaten. Nach eingehender Besprechung der Krankheiten, bei denen die Benzoësäure bis jetzt Verwendung gefunden hat, sowie der verschiedenen Theorieen über ihre Wirkungsweise bespricht Verf. unter Zugrundelegung verschiedener Krankengeschichten die von ihm beobachteten Wirkungen des Mittels. Eine deutliche Herabsetzung der Körpertemperatur hat er nicht gesehen, der Puls wird langsamer (um 8—10 Schläge per Minute) und kräftiger. Die Diaphorese wird mässig, die Diurese kräftig angeregt, ohne dass Nierenreizung eintritt. Ueble Einwirkungen auf die Verdauungsorgane, das Nervensystem und die Sinnesorgane hat er nicht beobachtet. Bezüglich der Gelenkschmerzen war nur ein geringer Einfluss zu constatiren; die ersten Symptome von Besserung zeigten sich erst nach 6 oder 7 Tagen. Vergiftungserscheinungen, die aber nach Aussetzen des Mittels sehr bald von selbst schwanden, wurden in einem Falle nach Gebrauch von 10 gr beobachtet; dieselben bestanden in vierundzwanzigstündiger Harnverhaltung (die Untersuchung des Urins ergab als Ursache acuten Blasenkatarrh), Gefühl von Brennen im Schlunde, Schmerzen im Epigastrium und im Abdomen, Erbrechen, kleinem und unregelmässigem Pulse. Obwohl sämmtliche mit Benzoësäure behandelte Fälle in Genesung endeten, so war doch die Wirkung des Mittels eine wenig deutliche und lässt Verfasser es dahingestellt, ob nicht die Heilung spontan eingetreten ist. Er empfiehlt es, und zwar in Tagesdosen von 8—12 gr in Fällen von acutem Gelenkrheumatismus, die mit Nephritis complicirt sind und bei denen daher das salicylsaure Natron contraindicirt ist.

Gruppe 4 umfasst 24 mit Vesicantien behandelte Fälle. Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über eine Reihe einschlägiger Arbeiten und über die verschiedenen Methoden der Anwendung. Er selbst folgte der Methode von Dawies (5 ctm breite Streifen des Cantharidenpflasters werden oberhalb oder unterhalb des afficirten Gelenkes um das ganze Glied herumgelegt, nach 24 Stunden entfernt, die Blasen angestochen und mit einer Warmwassercompresse bedeckt). Alle gegen die Anwendung erhobenen Bedenken hält C. nach seinen Erfahrungeu für grundlos. Er sah weder eine allgemeine Verschlimmerung noch eine Vermehrung des Fiebers bei ihrem Gebrauch; auch waren die

durch sie hervorgerufenen Schmerzen nach Aussage der Kranken (alle weiblichen Geschlechts) geringer als die Gelenkschmerzen. Unangenehme Nebenerscheinungen, abgesehen von leichter, bald selbst wieder schwindender Strangurie und zeitweiligem Auftreten geringer Mengen Blut im Urin hat er nie beobachtet. Dagegen konnte er in allen Fällen, und zwar meist schon an dem der Anwendung der Vesicantien folgenden Tage, eine erhebliche Vermindung der Schmerzen, Abschwellung der Gelenke und Herabsetzung des Fiebers constatiren. Bei Kindern und Greisen erfordert die Anwendung der Vesicantien Vorsicht; contraindicirt ist sie in allen Fällen, die mit Nieren und Blasenleiden complicirt sind. Auch will C. das Verfahren nicht angewendet wissen in Fällen von polyarticulärem acutem Gelenkrheumatismus, obwohl auch in diesen von anderer Seite günstige Erfahrungen vorliegen, weil bei dem zu ausgedehnten Gebrauch des Cantharidenpflasters doch leicht ernstere Störungen von Seiten der Blase und der Nieren eintreten könnten. Ob die mannigfach aufgestellte Behauptung, dass bei Anwendung der Vesicantien sich weniger leicht Herzaffectionen beim Gelenkrheumatismus einstellen und bestehende in ihrer Weiterentwicklung gehemmt werden, auf Wahrheit beruht oder nicht, kann C. nach seinen Erfahrungen nicht entscheiden.

Schlusssätze.

1. Salicylsaures Natron ist indicirt in den Fällen von polyarticulärem acutem Gelenkrheumatismus, in denen die Gelenkerscheinungen sehr ausgesprochen sind, vorausgesetzt dass keine der oben besprochenen Contraindicationen besteht.

2. Chinin ist das am besten und raschesten wirkende Mittel in den Fällen, in welchen man den Gelenkrheumatismus als Ausdruck einer Infection mit Malaria ansehen kann oder derselbe mit letzterer complicirt ist.

3. Die Benzoësäure scheint nur in den mit Nephritis verbundenen Fällen von acutem, polyarticulärem Gelenkrheumatismus anempfehlenswerth zu sein.

4. Die Vesicantien stellen das sicherste Heilmittel dar beim acuten monoarticulären Gelenkrheumatismus sowie in den Fällen, wo nur 2—3 Gelenke ergriffen sind.

Brockhaus (Godesberg).

---

63. **C. Hilton Fagge, On a Probable Cause of Lead colic.** Ueber eine wahrscheinliche Ursache der Bleikolik. (Lancet, 12. März 1881.)

Nach einer früheren Mittheilung H. F.'s vor der Med. Chir. Soc. (Transactions Bd. 59) kommt der blaue Saum am Zahnfleisch bei Bleivergiftung dadurch zu Stande, dass sich Körnchen von Schwefelblei theils innerhalb theils unmittelbar ausserhalb der kleinsten Gefässe ablagern. Diese bilden sich in Folge eines Präcipitats des im Blute noch circulirenden oder eben excernirten Bleis durch den Schwefelwasserstoff, welcher sich aus den zwischen den Zähnen steckenden Speiseresten entwickelt. H. F. sprach damals die Vermuthung aus, dass sich

Schwefelblei sicher auch im Darme bilden würde, wo das in den Capillaren circulirende gelöste Blei noch viel mehr Schwefel aus den Darmgasen treffen müsse. In der Sitzung der Med. Chir. Soc. vom 8. März d. J. berichtet nun H. F. über 4 Sectionen von Individuen, welche Symptome von Bleivergiftung gezeigt hatten. Zwei davon ergaben ein negatives Resultat, d. h. keinen aussergewöhnlichen Befund im Darm. In den beiden anderen Fällen dagegen fand sich eine ausgesprochene und weitgehende Schwarzfärbung der Darmschleimhaut. Die chemische Analyse dieser verfärbten Partien in Vergleich mit der von gesunden Darmtheilen der nämlichen Individuen ergab, dass erstere beträchtlich mehr Blei enthielten wie letztere. In einem der Fälle fand sich in den geschwärzten Theilen 320 mal mehr Blei wie in den nicht verfärbten. Die mikroskopische Untersuchung liess die schwarzen Körnchen um die Capillaren der Darmzotten abgelagert erkennen, ähnlich wie beim Zahnfleisch.

H. Port (London).

---

64. **Dr. Carl Lechner** (Chefarzt und Gerichtsarzt zu Budapest), **Pathogenese der Gehirnblutungen der luetischen Frühformen.** (Jahrbücher für Psychiatrie. II. Band. 2. und 3. Heft.)

L. gibt in acht Capiteln eine eingehende Schilderung der bei dem genannten Leiden in Betracht kommenden anatomischen, physiologischen und pathologischen Verhältnisse unter aufmerksamer Würdigung der einschlägigen äusserst reichhaltigen Literatur und unter Beibringung eigener Beobachtungen und Untersuchungen, und fasst dann die Ergebnisse seiner Studien in folgenden Sätzen zusammen:

1. Als ätiologisches Moment der luetischen Hirnblutung, gleichwie jeder — durch anderweitige Ursachen erzeugten — intrakraniellen Hämorrhagie, ist nur die Drucksteigerung im Blutgefässsystem, in Verbindung mit Wand-Erkrankungen der betreffenden Arterien und Capillaren, zu betrachten.

2. Die Syphilis der frühesten Sekundärperioden erscheint häufig nicht nur in Begleitung von — mit intravasaler Spannungszunahme verbundener — Hyperämien der Haut, Schleimhäute und Visceralgewebe, sondern auch des gesammten Schädelinhaltes oder Rückenmarkskanals.

3. Die luetische Gefässerkrankung ist eine beinahe konstante Begleiterscheinung aller specifischen Lokalisationsherde dieser Krankheit, und kann sowohl im Initialschanker, in den Hautsyphiliden, Schleimhautaffectionen und Eingeweide-Erkrankungen nachgewiesen werden, wie sie auch besonders häufig den arteriellen Cirkulationsapparat der Schädelhöhle und des Rückenmarkskanals heimzusuchen pflegt.

4. Das in Folge der Syphilisvirulenz zu Stande gekommene zweifache ätiologische Moment, nämlich der hyperämisch erhöhte arterielle und kapillare Blutdruck in Gemeinschaft mit der Gefässalte-

ration, vermag manche Blutergüsse in das Nachbargewebe der betheiligten Gefässbezirke zu produciren, in Form sowohl von Hautecchymosen, Omphalorrhagien, Blutungen aus den Körperöffnungen, Blutergüssen in die Lungen, Pleura etc., wie auch schliesslich in der Gestalt von Hirnhämorrhagien.

5. Die luetische Hirnhämorrhagie kann schon in der frühesten sogen. Eruptionsperiode der Syphilis zur Geltung kommen, gleichwie beim Antritt eines jeden — in dieses Stadium fallenden — Nachschub-Exanthems, wo sie sich dann zumeist nur auf die subkortikalen grauen Centren beschränkt und vorzüglich ins corpus striatum und in die lateralen Hirnventrikel zu ergiessen liebt — namentlich der linken Seite; während die Rückenmarksblutungen hauptsächlich in die graue Achsen-Substanz des Rückenmarks erfolgen.

6. Als Ursache des centralen Auftretens der frühesten luetischen Gehirnblutungen kann allein nur die anatomische Anordnungsweise des Hirnarteriensystems beschuldigt werden.

7. Die Entwicklung dieser Blutergüssė geschieht nur auf dem Boden eines durch Gelegenheitsursachen erzeugten locus minoris resistentiae, wobei die vasa vasorum diejenigen Gebilde sind, welche als loci praedilectionis dem Krankheitsgifte zum ersten Angriffspunkte dienen.

8. Es traten Hirnblutungen im Sekundärstadium der Syphilis nur bei solchen Individuen auf, wo eine allgemeine Disposition zur Miliaraneurysmen-Bildung vorhanden ist, und wo deshalb diese kleinen Ektasien, in Folge vorausgegangener, lokal schwächender Einwirkungen, bei Hinzutreten des reizenden Syphilisgiftes, sich auch wirklich zur Entwicklung bringen können.

9. Der sekundärluetischen Hirnblutung kann häufig auch eine Erweichung — nekrotischen Charakters — vorausgehen oder dieselbe begleiten, was auf einer gemeinschaftlichen Ursache in der Entstehung beider pathologischen Veränderungen beruht.

10. Die Hämorrhagie dieser Periode tritt fast ohne Ausnahme als Initialerscheinung der Hirnerkrankung auf, ohne jedwede Vorläufersymptome der Hirnlokalisation, was seine Erklärung in der pathogenetischen Entwicklungsart der ersten krankhaften Veränderungen findet.

11. Zu Recidiven scheinen die fraglichen Blutergüsse wenig Neigung zu zeigen, da die pathologischen Processe, denen sie ihre Entstehung verdanken, nur sehr kurze Zeit und vorübergehend auf jener Entwicklungsstufe verharren, die der Hämorrhagiebildung günstig bleibt.

12. Diese Blutaustritte kommen vornehmlich nur in jugendlichem Lebensalter zum Entstehen, wobei das männliche Geschlecht eine grössere Disposition zu Tage legt, als das weibliche.

Oebeke (Endenich).

---

65. **Dr. N. Weiss** (Privatdocent in Wien), **Ueber Tetanie.** (Volkmanns Sammlung klin. Vorträge No. 178.)

Nach einer geschichtlichen Uebersicht über die 1830 von Steinheim zuerst beschriebene Krankheit schildert W. die einzelnen Erscheinungen derselben, welche sich in ihren heftigeren Graden bis zu Anfällen von wirklichem Tetanus steigern, und Temperatursteigerung bis 40° C. bewirken können. Das Trousseau'sche Phänomen (Eintreten des Krampfes bei Compression der Art. brachialis und der Nerven am Oberarm) konnte auch W. öfters nur durch die Arteriencompression, nicht durch Nervendruck hervorrufen; einigemal genügte hierzu Druck auf den Halssympathicus, oder Kneifen der Haut am Arme. W. bestätigt Trousseaus Behauptung, dass sein Phänomen bei andern Nervenkrankheiten nicht vorkömmt. Wie Erb und Chwostek fand auch W. die electrische Erregbarkeit aller zugänglichen Nerven erhöht und zwar parallel dem Grade der Krankheit. Ebenso bestätigt W. die von Chwostek gefundene Steigerung der mechanischen Erregbarkeit. Ein leichter Schlag mit dem Finger oder Perkussionshammer auf einen Nerven bewirkt Contraction derjenigen Muskeln, die von diesem innervirt werden. Am besten lässt sich dies am Facialis demonstriren.

Aetiologisch bestätigt W. den Einfluss von Darmreizen und betont den Einfluss der Jahreszeit, durch welchen Tetanie manchmal wie epidemisch auftritt; ferner die Exstirpation des Kropfes. Zum Belege hierfür theilt W. 4 Fälle, 3 davon ausführlich mit (s. ausserdem das nächste Referat). W. betrachtet die Operation resp. den Wundreiz als Ursache der Tetanie. In dem einen Falle hatten die Anfälle bereits 14 Tage aufgehört, als sich plötzlich wieder ein solcher einstellte, es fand sich in der linken Seite des Halses ein Abscess, nach dessen Eröffnung kein weiterer Anfall mehr eintrat.

Das Wesen der Tetanie möchte W. in einem Reizzustand der grauen Vordersäulen der Medulla, analog den von Dr. Lion als Erklärung des tonischen Krampfes bei der Lateralsclerose gefundenen Veränderungen, suchen; derselbe rufe bei zeitweiser Steigerung den Krampf hervor und bedinge bei Nachlass in den Intervallen die zurückbleibende gesteigerte Erregbarkeit, welche Abwechselungen durch vasomotorische Einflüsse wahrscheinlich bedingt sein mögen.

Die pathologisch-anatomischen Befunde von Langhans, der an den Gefässen des Rückenmarkes ungleichmässige Verdickungen der Adventitia (Periarteriitis, Periphlebitis) fand, konnte W. in dem tödtlich abgelaufenen Falle seiner Beobachtung nicht bestätigen. Die von mehreren Beobachtern gefundene Hyperämie des Halsmarkes kann ebenso gut Folge als Ursache der Krankheit sein. Therapeutisch empfiehlt W. Ruhe, im Anfall Morphiuminjection, im Intervall Chloralhydrat bis 8 gr pro die, grosse Dosen Bromkali (5—10 gr), Eisbeutel im Nacken; von der electrischen Behandlung sah er keinen entschiedenen, bei schwereren Fällen gar keinen Erfolg.

R.

66. **Dr. R. Falkson** (Assistent der chir. Klinik in Königsberg), **Zwei Fälle von Tetanie nach Kropfexstirpation.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 12.)

In beiden Fällen wurden die n. n. recurrentes durchschnitten. Im 1. Falle trat der Anfang der Tetanie am 2. Tage nach der Operation ein, welche 13 Tage bestand, mit Morphiuminjection und Chloroformirungen behandelt 8 Tage pausirte, um dann nochmals zu erscheinen, wonach sie durch nochmalige Chloroformnarkose beseitigt wurde. Im 2. Falle begann die Tetanie am 3. Tage nach der Operation, dauerte 7 Tage, darauf entstand Pleuropneumonie mit lethalem Ausgang bei nur 38,2 Temperatur. Die Autopsie ergab keine Veränderungen des Centralnervensystems.

R.

---

67. **Rosenthal, Neue Studien über Athembewegungen.** 1. Wirkung der electrischen Vagusreizung auf die Athembewegungen. 2. Ueber die Wirkung der electrischen Reizung des N. vagus. (Archiv f. A. und Ph. 1880. Suppl.-Band 2. Physiol. Abthlg.)

Mit Rücksicht auf die verschiedenen Widersprüche, welche sich gegen die von Rosenthal in seiner Schrift: Die Athembewegungen und ihre Beziehungen zum Nervus vagus, Berlin 1862, aufgestellten Sätze geltend machen, hat derselbe die Fragen einer erneuten eingehenden Untersuchung unterworfen und ist zu folgenden Resultaten gelangt:

1) dass die normale Wirkung der Reizung des centralen Vagusstumpfes stets eine inspiratorische ist, aber in dem Sinne, wie er schon früher hervorhob, dass die Inspirationen, wenn sie zahlreicher werden, sich zugleich verflachen, und dass, wenn es zum Athmungsstillstand kommt, diese mit einer meistens nur geringen Anspannung inspiratorischer Muskeln zu Stande kommt;

2) dass die Thätigkeit der Medulla oblongata nur bestimmt wird durch den Sauerstoffgehalt des Blutes. Die Erregung der Vagi vermag diese Thätigkeit nicht zu vergrössern, sie bewirkt nur eine anderweitige Vertheilung der ins Spiel gesetzten Muskelwirkungen, derzufolge die Athembewegungen häufiger, dafür aber schwächer werden. Die äusserste Grenze dieser Einwirkung hat eine stetige Contraktion von Muskeln zur Folge, deren Stärke und Dauer bedingt ist von der Grösse der vorhandenen Reizung.

Rücksichtlich des specielleren Verlaufes der hier in Betracht kommenden Nervenfasern und der Wirkung des Chloralhydrates schliesst Verfasser aus seinen zahlreichen, mit allen möglichen Cautelen und Variationen angestellten Versuchen, die er durch zahlreiche Curven erläutert, Folgendes:

1. Es gibt in dem N. vagus (wahrscheinlich aus der Lunge stammende) Fasern, deren Reizung auf das Athmungscentrum in der Art einwirkt, dass die Athmungsbewegungen häufiger und schwächer

werden, oder dass (bei stärkerer Reizung) die normalen Athembewegungen in einen mässigen inspiratorischen Stillstand übergehen, „regulatorische Fasern".

2. Es gibt im N. laryngeus superior Fasern, deren Reizung die Athembewegungen seltener und tiefer macht oder (bei stärkerer Reizung) ganz aufhebt; „Hemmungsnerven des Athemcentrums" Analoga der Hemmungsnerven des Herzens.

3. Es gibt im N. laryngeus inferior Fasern, deren Reizung ebenfalls exspiratorischen Stillstand zur Folge haben kann. Da sie aber nur bei stärkerer Reizung und bei narkotisirten Thieren und nach Exstirpation des Grosshirns gar nicht wirken, so können sie nicht gleichwerthig mit den unter 2 angeführten Hemmungsnerven sein und sind vielleicht nur sensibele Nerven, deren Erregung wie die anderer sensibeler Nerven mittelbar auf die Athembewegungen einwirkt.

4. Grössere Dosen Chloralhydrat, 0,3 gr, in die vena jugularis bei Kaninchen injicirt, heben die Wirkung der regulirenden Fasern vollständig auf, lassen aber die Wirkung der Hemmungsfasern bestehen.

Kochs.

---

68. **Dr. M. Weiss (Prag), Zur Kenntniss des Asthma Uraemicum und zur Berechtigung einer Annahme desselben.** (Zeitschrift für Heilkunde. II. Bd. 1. Heft. Prag 1881.)

Verf. bespricht kurz die verschiedenen Arten von Dyspnoe im Gefolge von Morbus Brightii, und erwähnt, dass hinsichtlich der Aetiologie des Asthma uraemicum noch jetzt die Meinungen auseinandergingen. Gegenüber der mechanischen Theorie (Traube, Niemeyer, Bamberger, Rosenstein, Fränkel, Leyden) steht die Annahme der urämischen Natur dieser Anfälle (Bartels). Verf. versucht an der Hand klinischer Thatsachen den Nachweis von der urämischen Natur dieser Zustände zu erbringen, und aus den klinischen Bildern den Mechanismus dieser Zustände zu deduciren. Verf. bemerkt zunächst, dass dyspnoetische Zustände zuweilen bei acutem Verlauf der Nephritis auftreten und folgert aus seinen Beobachtungen, dass sie nicht selten eines der frühesten Symptome dieser im Beginne so heimtückischen Krankheit seien. Er theilt 3 Fälle von chronischer Nephritis bei Patienten (im Alter von 40—57 Jahren) mit, und betont, dass die asthmatischen Anfälle das Gepräge einer Neurose zeigten und durch dieselben mit einer mechanischen Dyspnoe nichts gemein hatten. Bei einem 4 Jahre alten Patienten, den Verf. seit Anfang Januar 1880 an schwerer Scarlatina und Diphtheritis behandelte, stellten sich am 7. Februar leichte urämische Erscheinungen ein, und am 8. Februar Nachts wurde das Kind von einer hochgradigen Dyspnoe befallen, die nach ungefähr 2 Stunden vorüberging. Am 9. Februar erfolgte 7 Uhr Abends ein Anfall von paroxystischer Dyspnoe. Nach 5 Löffel Extr. Quebracho 5,00 aqu. dext. 90. Syr. simpl. 10 athmete das Kind ruhig und schlief dann ein. Am 11. Februar wiederholte sich um 4 Uhr

Nachmittags der dyspnoetische Paroxysmus. Derselbe liess wiederum auf Quebracho in 1½ Stunden nach und das Kind schlief bald ein. Am 20. Februar kann das Kind als reconvalescent erklärt werden, trotzdem die Albuminurie noch bis zum 15. März persistirt. Es handelte sich in diesem Falle um kein Asthma, sondern die Paroxysmen bestanden in einer durch Nichts motivirten, expulsiven, ungemein stürmischen und frequenten Respiration, einhergehend mit deutlichen Zeichen von Angiospasmus. 5 Wochen nach Beginn der Krankheit machte sich das Nierenleiden bemerkbar. Gleichzeitig mit der Secretionsstörung trat Erbrechen, Kopfschmerz, hochgradige Sehstörung, regionäre Muskelzuckungen, Eclampsie und paroxysmenartig stürmische sehr frequente Respiration auf. — Die Erscheinungen entwickelten sich zu einer Zeit, wo grade Oedeme und Transsudationen in den Hintergrund gedrängt waren. Verf. glaubt hier wie in den meisten Fällen bei acuter Nephritis zur chemischen Theorie zurückgreifen zu müssen. Alle Zeichen von Hypertrophie des Thoracus fehlten. Die urämische Natur der erwähnten Erscheinungen, einschliesslich der Dyspnoe, manifestirt sich dadurch, dass dieselben nach Eintritt seröser Transsudationen in das Unterhautzellgewebe und die Körperhöhlen sistiren. Die turbulenten Erscheinungen hörten nach Eintritt des Hydrops auf, indem das Unterhautzellgewebe und die Körperhöhlen zu einer für den Organismus unschädlichen Ablagerungsstätte der im Blute kreisenden Bestandtheile der regressiven Stoffmetamorphose dienten. Die während der Dauer der acuten Nephritis bestandene continuirliche Dyspnoe muss wohl auf Rechnung des Fiebers gesetzt werden. Die Athembeschwerden äussern sich beim Asthma uraemicum entweder in einer gesteigerten Respirationsfrequenz, wobei die Intensität derselben gesteigert oder auch geringer sein kann, oder sie treten anfallsweise auf. Man kann dabei 2 Formen unterscheiden, eine paroxystisch anämische Dyspnoe, die mit plötzlicher Athemnoth, ohne jede spasmodische Bewegung des Athmens, mit Angiospasmus verläuft, und eine andere Form, die sich unter dem Bilde eines Bronchialasthma mit denselben charakteristischen Erscheinungen präsentirt. Für diese letztere Form passt so eigentlich die bisher collectiv gebrauchte Bezeichnung: „Asthma uraemicum“. Die „paroxystische Dyspnoe“ stellt sich Verf. so vor, dass das vasomotorische (pressorische) Centrum durch den Reiz des mit Excretionsstoffen des Harns gesättigten Blutes erregt wird. Es entstand Angiospasmus, dadurch Anaemie des Athemcentrums, und in deren Folge der dyspnoetische Paroxysmus. Für das „Asthma uraemicum proprie sic dictum“ kommen nicht allein vasomotorische Einflüsse in Betracht, sondern man muss mit Riegel auch den Krampf als einen gleichartigen Factor des Asthma bronchiale betrachten. Das Asthma uraemicum kann man sich reflectorisch entstanden denken, und zwar würde man den Ausgangspunkt in den peripheren Pulmonalenden des Vagus zu suchen haben. Es müsste sich dabei um eine chemische Reizung handeln. Das die pulmonalen Vagusenden umspülende mit Harnstoff oder seinen Derivaten (Ammoniak) gesättigte Blut übt den Reiz aus, als dessen Effect die reflectorische Erregung der zur Lunge führenden (dilatatorischen) Gefässnerven, oder der die Bronchialmuskeln innervirenden motorischen Fasern, oder beides zugleich anzusehen wäre.

Es könnte aber auch durch automatische Erregung des vasomotorischen (depressorischen) Centrums und der Vaguswurzel von Seite des an Excretionsstoffen reichen Blutes das Gesammtbild des Asthma bronchiale hervorgerufen werden. Die Analogie mit den verschiedenen Formen des urämischen Anfalls, je nachdem der eine oder der andere Theil des Centralorganes automatisch erregt wurde, macht es plausibel, das Asthma uraemicum p. s. d. in den Rahmen des urämischen Anfalls einzufügen.

Kohts (Strassburg).

---

69. **Lesser, Die anatomischen Veränderungen des Verdauungskanals durch Aetzgifte.** (Virch. Archiv Bd. 83. S. 193.)

Die vielfach widersprechenden Angaben der Autoren über den Sectionsbefund bei Vergiftung durch ätzende Substanzen veranlassten Verf. zu einer Reihe von Experimenten mit Schwefel-, Salz-, Salpeter-, Oxalsäure, mit Alkalien, Sublimat und Arsenik. Die Anwendung aller dieser Agentien gab stets die gleichen Resultate. Für den Magen waren bisher gewöhnlich schwarze Verschorfungen als Ausdruck direkter Einwirkung der concentrirten Säure angesehen worden. Aus Verf. Versuchen geht hervor, dass concentrirte Säuren und die übrigen Substanzen direkt nur eine weissliche Trübung der Magenwandung in ihrer ganzen Dicke bedingen, wobei die Epithelien sowohl wie das übrige Gewebe in ihrer Form unverändert bleiben, nur ein trübes Aussehen bekommen, die Kerne aber stets sichtbar sind. In der Umgebung solcher nekrotischer und leicht brüchigen Parthien kommt es dann gewöhnlich zur reaktiven Entzündung, die mit Extravasation rother Blutkörperchen und einer durch die Infiltrirung bedingten Wandverdickung einhergeht. Die hier weiterhin, wenn auch nur verdünnt einwirkende ätzende Flüssigkeit, bedingt dann weiterhin Zersetzung des Blutfarbstoffes (zu Hämatin) und dadurch Braun- bis Schwarzfärbung der betreffenden Parthieen. Weiterhin pflegen dann solche Stellen allmählich zu erweichen. Dadurch kann es denn hier leicht zur Perforation und damit zur Ergiessung der ätzenden Flüssigkeit in die Bauchhöhle kommen. An den Parthien der direkten Säureeinwirkung bilden sich unter der auflösenden Wirkung derselben vielfache Defekte der Mucosa und Muscularis aus und dadurch kommt es dann auch an solchen Stellen leicht zu Rupturen. Aber auch ohne Defekte können letztere eintreten. Von den Organen der Bauchhöhle ist besonders die Leber den Einwirkungen der Aetzgifte ausgesetzt. Verdünnte Säuren und Alkalien bewirken im Magen nur hämorrhagische Infiltration und deren Folgen. Ganz entsprechend gestalten sich die geschilderten Verhältnisse im Oesophagus und im Darm. Auch dort bewirken concentrirte Säuren zunächst nur weissliche Trübung.

Von besonderem Interesse sind die Betrachtungen über die Empfindlichkeit des Oesophagus, des Magens und Darmes gegen die eingeführten Aetzgifte. Obgleich der Magen von denselben weit leichter angegriffen wird, als der Oesophagus, so wird bei den gewöhnlichen

Vergiftungen doch letzterer mehr zu leiden haben, als ersterer, da er die ätzenden Substanzen concentrirt erhält, die im Magen oft um das Mehrfache verdünnt werden. So kann unter Umständen der Magen ganz intakt bleiben, wenn der Oesophagus Veränderungen aufweist. Aber viel empfindlicher als der Magen ist der Dünndarm. Verdünnungen der Aetzgifte, die den ersteren intakt lassen, können hier noch ganz ausgedehnte Veränderungen bedingen. Ja es kann sowohl Oesophagus wie Magen gesund erscheinen und doch das Duodenum angeätzt sein; eine Thatsache, die das Interesse des Gerichtsarztes in hohem Grade in Anspruch nehmen muss.

Ribbert.

---

70. **Dr. A. Hiller** (Stabsarzt), **Zur Kenntniss der Nierenaffection der Schwangern.** Aus der medicinisch-propädeutischen Klinik zu Berlin. Mit 1 Tafel. (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. II.)

Im Anschluss an die letzte Abhandlung Leyden's über Morbus Brightii (s. dieselbe Zeitschrift) schildert Verf. einen genau beobachteten Fall einer Schwangerschaftsnephritis. Ganz allmählich entwickelten sich bei einer Gravida vom 5. Monat ab, wie in den voraufgegangenen 4 Entbindungen Oedeme der Füsse, anfänglich ohne Störung des Allgemeinbefindens, allmählich nahmen die hydropischen Erscheinungen zu, verbanden sich mit einer Beschränkung der Harnentleerung. Am Ende des 6. Monats trat fast völlige Anurie und Uraemie auf, zu gleicher Zeit abortirte Patientin. — Nach erfolgter Geburt stieg die Harnmenge bedeutend; aber Eiweissgehalt verringerte sich bis zum fast völligen Verschwinden. Nach 2 Tagen erfolgte der Exitus. Das Urinsediment enthielt im Anfang hyaline und Faserstoffcylider, einzelne rothe und weisse Blutkörperchen, mässige Mengen Nierenepithelien mit Fettkörperchen und Haematoidin, Krystalldrusen in reichlicher Menge. Am Tage nach der Geburt war ziemlich dasselbe Sediment, nur waren zahlreiche Mengen rother Blutkörperchen jetzt sichtbar. In den folgenden beiden Tagen schwanden alle Formelemente. — Die Niere zeigte gar keine entzündlichen Veränderungen, sondern eine ausgesprochene Anaemie besonders in der Rinde; endlich eine ausgesprochene Verfettung im Verlauf der gewundenen Harnkanälchen und im Epithelbelag der Bowmannschen Kapseln. — Verf. hält die in Rede stehende Nierenaffection für eine ganz besondere Form des Morbus Brightii, unterschieden von allen andern durch den klinischen Verlauf und durch die Beschaffenheit des Harns; anatomisch gekennzeichnet durch ödematöse Schwellung, Anaemie und Verfettung der Rinde. — Als Ursachen für Entstehung der Schwangerschaftsnephritis nimmt Verf. mit Halbertsma, Popoff und Aufrecht die Compression der Ureteren an. Zum Schluss erörtert H. die Bedeutung der Nephritis für den mütterlichen Organismus, und die einzuschlagende Therapie; falls sich die diaphoretische und diuretische Behandlung nutzlos erweist, erachtet Verf. die Einleitung der künstlichen Frühgeburt als einen lebensrettenden Eingriff.

Lachmann (Giessen).

---

71. **Neumann, Ueber Psoriasis vulgaris.** (Wiener Klinik VII. Jahrg., II. Heft. Febr. 1881.)

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht über die geschichtliche Entwicklung der Kenntniss des genannten Leidens und der unter betreffendem Namen oder ähnlich klingenden beschriebenen Krankheitsformen seit Hippocrates Zeiten; beschreibt den Character und Verlauf, die Symptome, auf welche die Diagnose zu basiren, die Aetiologie, pathologische Anatomie, Prognose und Therapie dieser Hautkrankheit. In dem Capitel über die Behandlung werden die gesammten bisher gebräuchlich gewesenen Methoden erwähnt, mögen sie allgemeine, innere oder örtliche Curen betreffen, um schliesslich als Hauptpunkt der ganzen Arbeit des Verfassers Erfahrungen über die neueren Mittel „Chrysophansäure (Chrysarobin)", „Pyrogallussäure", „Alizarin" und „Rufigallussäure" mitzutheilen.

Die Chrysophansäure, oder ein wie Liebermann nachgewiesen der Chrysophansäure sehr nahe stehender Körper, Chrysarobin genannt, ist der Hauptbestandtheil des seit langer Zeit gegen Hautkrankheiten verwandten, seit 1874 wissenschaftlich untersuchten Goa-powders (synonyme: Araroba, Arariba, Poh di Rahia). Die Mutterpflanze, eine sehr grosse tropische Leguminose, wurde noch von keinem Botaniker näher beschrieben. Stamm und Zweige enthalten das Goapulver, welches wiederum 80—84 % Chrysarobin enthält. Dies ist in Wasser gar nicht, in heissem Benzol leicht löslich, ferner in wässriger Lösung von Kali causticum, geschmolzenem Fett und Vaseline. Der Schmelzpunct liegt bei 175° F., bei höheren Temperaturen tritt Zersetzung ein. Die Anwendung erfolgt am besten in Salbenform 1 : 4 und zwar empfiehlt N. besonders folgendes Recept:

Ungt. simpl. 40,0
liquefact. admisce exactissime
ac. Chrysophan. 10,0
adde Ol. Bergamott. gutt. X.

Die Application der Salbe geschieht zweckmässig nach einem warmen Bade mit alkalischer Abwaschung. Bei Psoriasis punctata, guttata ad nummularis genügen oft 3—4 Einreibungen zur Heilung. Nach der Heilung zeigt die Haut an Stelle der psoriatischen Efflorescenz einen weissen Fleck, der umsomehr von der umgebenden Haut absticht, als diese durch die Application des Mittels dunkel gefärbt wird. Die natürliche Pigmentirung findet sich erst allmählich wieder ein. — Bei der Application des Chrysarobins tritt ein starker Hautreiz ein, es entwickelt sich oft ein Erythem und Oedem der Haut; Schlaflosigkeit und Frösteln mit Brennen und Jucken der Haut folgen; doch schwinden diese Symptome nach wenigen Tagen.

Im allgemeinen ist hiernach der Erfolg bei diesem sonst so resistenten Uebel überraschend; bisweilen bleibt er aber auch hierbei aus, und ist man gezwungen, zu den früher gebräuchlichen Mitteln zu greifen oder zu den der Chrysophansäure ähnlichen Stoffen der Pyrogallussäure, dem Alizarin oder der Rufigallussäure überzugehen. Diese Mittel sind jedoch meist von viel geringerer Wirkung. — An Gesicht

und Kopf wendete man Chrysophansäure wegen der intensiven Färbung, an den Genitalien wegen der hier herrschenden Reizbarkeit der Haut nicht gerne an. Bäder sind beim Beginn der Cur und nach je 6—8 Einreibungen zu geben.

von Mosengeil (Bonn).

---

72. **Bournedille et d'Olier, Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure d'éthyle dans l'épilesie et l'hystérie.** Untersuchungen über die physiologische und therapeutische Wirkung des Ethylbromids bei der Epilepsie und der Hysterie. (Le progr. médic. 1881. No. 13.)

Die Verfasser haben eine ausgedehnte Reihe von Versuchen bei Epileptischen und Hysterischen angestellt. Das Medikament wurde angewandt in Form von Inhalationen mittelst einer Kompresse, auf welche 10—15 gr gegossen wurden. Zehn Epileptiker haben zwei Monate lang täglich inhalirt; acht andere Kranke inhalirten zu wiederholten Malen beim Ausbruch hysterischer oder epileptischer Anfälle. Folgendes sind die Resultate der Beobachtungen:

„1. Die Erweiterung der Pupillen im Beginn der Inhalationen ist nicht konstant.

2. Eine vollständige Erschlaffung der Muskeln tritt nur ausnahmsweise ein.

3. Die Anästhesie zeigt bei verschiedenen Personen sehr verschiedene Grade.

4. Die Temperatur, die Sekretionen, das Allgemeinbefinden scheinen keine Veränderungen zu erleiden.

5. Der Puls und die Respiration sind in geringem Grade beschleunigt.

6. Während der Inhalationen kann ein mehr oder weniger ausgesprochenes Zittern der Glieder auftreten, welches dieselben aber nicht überdauert.

7. Die hysterischen Attacken werden im Allgemeinen durch das Ethylbromid leicht sistirt.

8. Die epileptischen Anfälle können während der Periode des tonischen Krampfes mitunter gehemmt werden; meistens bleibt aber die Inhalation ohne Wirkung.

9. Bei der Epilepsie vermindern ein bis zwei Monate lang fortgesetzte tägliche Inhalationen die Zahl der Anfälle in sehr bemerkenswerther Weise".

E. Bardenhewer.

---

73. **Hughes Bennet, On the Action of the Bromides in Epilepsy.** Ueber die Wirkung der Bromverbindungen bei Epilepsie. (Edinburgh Medical Journal, Febr. and March 1881.)

B. bespricht die Ergebnisse bei 117 längere Zeit hindurch beobachteten Fällen von Epilepsie, die sämmtlich mit Bromverbindungen

behandelt wurden. Er begann mit 2,0 dreimal täglich (halb Bromkali und Bromammonium) und stieg nach Umständen bis auf 4,0 und 5,0 pro dosi. Bei Kindern von 10—12 Jahren 1,3. Die Beobachtungszeit dauerte von 6 Monaten bis zu 4 Jahren.

Die Resultate werden folgendermassen zusammengefasst:

1. Bei 12 p. c. der Epileptischen blieben die Anfälle vollständig aus während der ganzen Zeit der Behandlung.

2. Bei 83,3 p. c. wurden die Anfälle beträchtlich herabgesetzt sowohl in Zahl wie Stärke.

3. In 2,3 p. c. der Fälle war kein Erfolg ersichtlich.

4. In 2,3 p. c. zeigten sich die Anfälle vermehrt während der Medication.

5. Die Form der Erkrankung, ob erblich oder nicht, ob mit oder ohne Complicationen, ob frisch entstanden oder von bereits langer Dauer, das Alter der Betroffenen und ihr sonstiger Gesundheitszustand schienen in keiner Weise die Behandlung zu beeinflussen; die Erfolge waren ganz die gleichen unter den verschiedensten Umständen.

6. Betreffend Bromvergiftung, so zeigte sich unter 60 darauf beobachteten Fällen bei 66,6 p. c. keine Spur davon. Bei 33,4 p. c. trat sie in verschiedener Form und Graden auf, aber nie sehr heftig. Allgemeine Körperschwäche bei 28,5 p. c., geistige Schwäche bei 18,8 p. c. und Bromausschlag bei 16,6 p. c.

H. Port (London).

---

74. **A. Preetorius, Ueber die Behandlung der Urämie im Kinderalter mit Pilocarpinum muriatic.** Mittheilungen aus der Strassburger Kinderklinik. (Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. XV. Bd. 3. u. 4. Heft. Leipzig 1880.)

Verf. referirt zunächst über die Erfolge des Pilocarp. muriat., das bei den mannigfachsten Krankheiten bei fieberhaften Zuständen, bei acuten und chronischen Leiden von vielen Autoren in den letzten Jahren angewandt wurde. Er erwähnt sodann die Anwendung des Pilocarpins bei Urämie, das zuerst von Demme, sodann Boegehold u. A. mit Erfolg gegeben wurde und referirt ausführlicher über 11 Fälle von Urämie, bei denen Kohts in 5 Fällen vollständig Genesung, in einem Falle Sistirung der Convulsionen und Wiederkehr des Bewusstseins eintreten sah. — Verf. betont besonders, dass es sich um schwere Fälle von Urämie handelte, und dass die Erfolge mit der Pilocarpinbehandlung insofern als günstig zu bezeichnen seien, weil bei der sonst üblichen Behandlungsweise der Urämie in früheren Jahren auf der Strassburger Kinderklinik kein Fall von Urämie zur Heilung gelangte. Verf. resumirt aus den vorliegenden Beobachtungen:

1) die Behandlung der Urämie mit Pilocarpin bietet günstige Chancen,

2) die Anwendung desselben findet eine Contraindikation bei gleichzeitig bestehenden Complicationen, ferner bei abnormen Schwäche-

zuständen und schon verhandenem Collaps, endlich bei allgemeinem Hydrops der Hautdecken.

3) Das Pilocarpin scheint in den Fällen von Urämie ohne Erfolg zu sein, wo es sich um eine Glomerulonephritis handelt.

4) Das Pilocarpinum muriatic. ist nicht nur als Diaphoreticum zu betrachten, sondern es muss auch eine directe Einwirkung auf die Nierensecretion angenommen werden.

Kohts (Strassburg).

---

75. Dr. H. **Seemann** (Berlin), **Ueber die Wirkung von Pilocarpinum muriaticum gegen Wassersucht bei Nephritis scarlatinosa.** (Zeitschr. f. klin. Medic. B. II.)

In einer ausgedehnten Scharlachepidemie, welche sich durch aussergewöhnliches häufiges Auftreten von Nephritis und Wassersucht auszeichnete, hatte Verf. Gelegenheit in 9 Fällen die Wirkungen des Pilocarpin zu beobachten; fünf derselben verliefen ohne erheblichen Zwischenfall günstig. In einem Falle traten nach zweimaliger Injection von 0,006 Pil. uraemische Erscheinungen auf (wie sie öfters nach schnellen Resorptionen hydropischer Ergüsse auftreten cf. Bartels). In 3 andern Fällen traten Complicationen von Seiten des Respirationsapparates auf, darunter einmal Pneumorrhagie mit tödtlichem Ausgang. — Verf. zieht aus diesen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Pilocarp. ist bei Nephrit. scarlat. noch wirksam, wenn die andern bisher bekannten Mittel erfolglos sind, jedoch greife man zu diesem Mittel nur in den wirklich hartnäckigen Fällen.

2. Wenn das Pilocarp. ein Schwinden der hydrop. Erscheinungen bewirkt, so überlasse man wegen der die durch zu rasche Resorption drohende Uraemie der Natur und andern Heilmitteln den Heilungsprocess fortzuführen.

3. Nach jeder Pilocarpinanwendung ist der Zustand der Respirationsorgane sorgfältig zu überwachen; bei stockender Schleimexpectoration oder beginnender Pneumonie ist von jeder weitern Anwendung Abstand zu nehmen.

Lachmann (Giessen).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 15. April. Nro. 6.

76. **Dr. P. Grawitz, Experimentelles zur Infectionsfrage.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 14.)

G. hat gezeigt, dass durch systematische Züchtung die gewöhnlichen Schimmelpilze, Aspergillum und Penicillium in bösartige parasitische Pilze umgewandelt werden können, welche in das Blut eines Thieres eingebracht, dessen Tod in drei Tagen unter allgemeiner Verschimmelung herbeiführen (Virch. Arch. Bd. 81. S. 355), und bespricht nunmehr die Uebergangsstufen bei dieser Umwandlung und deren Wirkung auf die einzelnen Organe.

Selbst bei massenhafter Einfuhr des gewöhnlichen Brodschimmels entsteht keine Krankheit, selbst die Nieren bleiben ganz normal. Wählt man eine physiologische Varietät von Schimmeln, welche sich schon an die hohe Temperatur accomodirt hat, so tritt auch hier noch keine Störung des Wohlbefindens ein, aber G. fand bei Tödtung nach 3 oder 4 Tagen eine parenchymatöse Nephritis und in der Leber Herde von parenchymatöser Körnung und Trübung, in andern Organen nichts. Nimmt man eine noch weiter cultivirte Pilzgeneration, so bleibt das Wohlbefinden wiederum ungestört, die anatomische Untersuchung zeigt aber dieselben Organerkrankungen in höherem Grade, ausser der Trübung auch Fettmetamorphose. Ein drittes Stadium in der Entwickelung der injicirten Pilze zeigt, dass trübe Schwellung und Fettmetamorphose in directer Abhängigkeit von der Lebensthätigkeit der eingebrachten Pilze selbst stehen. Man findet unter den obigen Herden zahlreiche andere, in denen sich eine absterbende Pilzvegetation findet; untersucht man 8—14 Tage später, so sind in diesen letzteren Herden Pilze gar nicht mehr zu finden. Es können also Sporen keimen, sich ansiedeln, kleine parenchymatöse Trübungen verursachen, aber sie erliegen den für sie ungünstigen Ernährungsbedingungen, sterben ab und verschwinden.

G. fand zu den weiteren Untersuchungen das Oidium lactis geeigneter, obwohl es sehr viel Mühe kostet, dasselbe von den ihm anhaftenden Bakterien zu befreien und alkalischen Flüssigkeiten zu adaptiren, auch seine Wachsthumsenergie gering ist. Diese Versuche ergaben regelmässig in Leber und Nieren parenchymatöse Trübung bis zum Uebergang in Verfettung, ausserdem Muskelherde, punctförmige Blutungen, körnige Trübungen, im Herzen recht ausgebreitete Herde parenchymatöser Myocarditis. Mit blossem Auge erkennbare Pilzwucherungen, wirkliche Necrose zu erzeugen, oder andere Gewebe in Mitleidenschaft zu ziehen, reichten Oidiumculturen nur selten aus.

Sowohl aus diesen Versuchen, wie aus den acuten Verschimmelungen geht hervor, dass die zuerst heimgesuchten Organe Nieren und Leber sind, dass sodann Muskeln, Herz und Schleimhäute, besonders des Darmes, in dritter Linie Milz, Knochenmark, Lympfdrüsen afficirt werden, während Lungen und Gehirn sich äusserst resistent verhalten. Ein Verhalten, für welches die mikroskopische Untersuchung keinerlei Anhaltspuncte liefert. Man muss dafür die verschiedene Energie in Anspruch nehmen, mit welcher die Gewebszellen ihre Nahrung assimiliren, „die immanente physiologische Widerstandsfähigkeit gegen Concurrenz im Kampfe ums Dasein".

G. ist geneigt, als Grund dieser grossen Verschiedenheiten das verschiedene Sauerstoffbedürfniss der Organe anzusehen. Während das Gehirn auf eine Absperrung arterieller Blutgefässe sofort mit schweren Functionsstörungen antwortet, ertragen die Nieren die Compression der Arterie länger als $1/2$ Stunde, ohne dass irgend eine Folge daraus erwüchse.

R.

77. **A. Pasteur, Note sur une épidémie de fièvre typhoide observée au Petit-Saconnese, en octobre et novembre 1880.** Bemerkungen über eine zu P. S. beobachtete Typhusepidemie im October und November 1880. (Revue médicale de la Suisse Romande 1881. No. 3.)

Ein in P. S. angesessener 32 jähriger Bäcker erkrankte auf der Rückreise von Aix-les-Bains, wo er eine vierwöchentliche Cur gegen Ischias gebraucht hatte; zu Hause entwickelte sich ein Typhus, complicirt mit Lungencongestion und Darmblutungen, welchem er am 30. September 1880 erlag. Hinter dem Hause des Kranken ist ein enges Gässchen mit einem unterirdischen Kanal, der die Abwässer der umliegenden Häuser aufnimmt. An dem durch einen Hof gebildeten Ende des Gässchens befindet sich dicht neben dem Kanal ein Brunnen mit Pumpe. Derselbe war mehrere Jahre hindurch ausser Gebrauch gewesen, jetzt aber seit wenigstens 18 Monaten wieder benutzt worden. Die Dejectionen des Kranken waren in den Kanal entleert, die beschmutzte Wäsche an dem Brunnen gereinigt worden und hatte das schmutzige Wasser oft wegen des ungenügenden Abzugs längere Zeit stagnirt. Vom 9. bis 20. October erkrankten in den beiden, dem Hause des Verstorbenen gegenüberliegenden Häusern 8 Personen (mit 4 Todesfällen), und zwar 5 an ausgesprochenem Typhus; auch bei den übrigen war ein entschieden typhöser Zustand zu constatiren. Sämmtliche Erkrankte, mit Ausnahme eines 3 Monat alten Kindes, hatten das Wasser des oben erwähnten Brunnens getrunken. P. liess an demselben Tage, an welchem der erste Erkrankungsfall nach dem Tode des Bäckers zu seiner Kenntniss kam, sofort den suspecten Brunnen schliessen; diesem Umstande ist nach seiner Ansicht zuzuschreiben, dass die Epidemie einen weiteren Umfang nicht angenommen hat. Das Wasser des Brunnens sowie Erde aus der nächsten Umgebung wurden einer mehrmaligen Untersuchung unterworfen, welche eine sehr starke Verunreinigung mit stickstoffhaltigen Substanzen (40—50 ctgr auf 1 Liter Wasser) ergab. Der Abzugskanal befand sich in sehr schlechtem Zustand und seine Umgebungen waren stark mit organischen Stoffen verunreinigt.

Diese Verhältnisse hatten indess schon lange Zeit bestanden, ohne zu Erkrankungen der Bewohner der angrenzenden Häuser Veranlassung zu geben. Es ist daher nach P. bis zur Evidenz klar, dass das Typhusgift durch den zuerst erkrankten Bäcker eingeschleppt und durch die Dejectionen und die schmutzige Wäsche desselben dem Brunnenwasser mitgetheilt worden ist. Durch die herrschenden Temperaturverhältnisse — intensive Hitze mit täglichen Gewittern — ist die Entwicklung des Giftes vielleicht begünstigt worden. Von den Personen, welche sich fortwährend in der Umgebung der Kranken aufhielten, aber nicht von dem inficirten Wasser tranken, ist kein Einziger erkrankt.

Brockhaus (Godesberg).

78. **Dr. Förster (Dresden), Zur miasmatischen Verbreitung der Diphtherie.** (Archiv f. Kinderheilkunde Heft 4 u. 5. 1881.)

Verf. beobachtete im Kinderspital zu Dresden in einem nicht mit infectiösen Kranken belegten Zimmer in einem Zeitraum von 1½ Jahren 11 Erkrankungen an Diphtheritis und in einem benachbarten Zimmer in kurzer Zeit 4 Erkrankungen; nur in 4 Fällen konnte die Infection durch directe Uebertragung stattgefunden haben, in den übrigen Fällen war die Aetiologie absolut dunkel. Als dann die Dielen des Fussbodens, welche eingetrocknet waren und grosse Fugen zwischen sich zeigten, ausgespähnt wurden und der Fussboden neu angestrichen wurde, kam keine Erkrankung an Diphtheritis mehr vor. Verf. glaubt, dass das Diphtheritisgift in dem Schmutze zwischen den Dielen deponirt gewesen ist, denn jedesmal nach dem Vorkommen eines Diphtheritisfalles waren Betten und Wände, mit Ausnahme des Fussbodens, gründlich desinficirt worden. Verf. will deshalb die Aufmerksamkeit der Aerzte beim Desinficiren von Krankenzimmern nicht nur den Wänden, sondern auch dem Fussboden zuwenden.

Kohts (Strassburg).

---

79. **Dr. Neumeister, Pilocarpin und Diphtheritis.** (Aus dem Lazaruskrankenhause in Berlin.) (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. Nr. 8.)

Verf. hat 28 Fälle von Diphtheritis mit Pilocarpin behandelt, 23 Kinder und 5 Erwachsene; die Kinder bekamen stündlich Tag und Nacht 1—2,5 und Erwachsene 2—4 mgr Pilocarpin; von den 23 Kindern starben 13, von den 5 Erwachsenen 1; bei den 28 Patienten trat nur bei 11 Salivation auf bei 23 Kindern nur in 8 Fällen, in den 4 Fällen, wo Diphtheritis mit Scarlatina complicirt war, beobachtete Verf. nur einmal geringe Salivation; in den Fällen, wo Salivation eintrat, hat Verf. keine Abstossung der Membranen beobachtet. In 8 Fällen hat Verf. directe Schädlichkeiten nach dem Gebrauche des Pilocarpins beobachtet. Der Puls war in 7 Fällen unregelmässig und aussetzend, einmal beobachtete er Albuminurie.

Verf. plaidirt für roborirende, excitirende und antifebrile Behandlung und locale Desinfection, und zwar am besten durch 4% Carbolsäure in directer Applikation mittelst Stielschwammes, bei Kindern, die sich gegen diese Behandlung aus Widerwillen gegen die Carbolsäure sträuben, wendet Verf. statt der Carbolsäure 1—2 % Lösung von essigsaurer Thonerde an. Inhalationen von Salicylsäure nach Jacobi verwirft Verf., weil sie heftigen Hustenreiz verursachen; von Inhalationen mit Milchsäure, Natron benzoicum, Borsäure, Kalkwasser hat Verf. keinen Erfolg gesehen, am besten ist einfache Kochsalzlösung.

Kohts (Strassburg).

---

80. Prof. Laschkewitz (in Charkow), **Pilocarpin gegen Diphtheritis.** (Medicinsky Westnik, 1881, Nr. 3.)

Durch den Vorschlag, von Dr. Guttmann angeregt, wandte L. die Guttmann'sche Pilocarpinlösung in 10 schweren Fällen der Diphtheritis an, welche bald nach der Erkrankung zur Behandlung gekommen waren. Ausser Pilocarpin wurden den PatientenWein und Gurgelwasser (schwache Lösung zinci hypermanganici) gereicht; bei einigen Patienten mit sehr starker Drüsenschwellung wurde locale Einreibung von ung. kali jodati und in einem Fall, wo fast vollständige Anurie eintreten wollte, inf. f. digitalis verordnet. — Alle 10 Fälle verliefen tödtlich. — Die Patienten waren 2—7 Jahre alt, die Temperatur war in einigen Fällen sehr mässig (bis 38,0°), in anderen beträchtlich (bis 39,7°) erhöht. — Prof. L. hat in keinem Fall eine sichtbare Wirkung gesehen und glaubt deshalb dem Pilocarpin zum mindesten eine specifische Wirkung gegen Diphtheritis absprechen zu müssen.

Krusenstern (Petersburg).

---

81. Dr. Bosse (Domnau), **Weitere Beiträge zur Behandlung der Diphtherie mit grossen Dosen Terpenthinöl.** (Berl. klin. Wochenschrift. 1881. Nr. 10.)

B. bestätigt durch weiter mitgetheilte Krankengeschichten die schon früher von ihm gemachten Erfahrungen über die schnelle und günstige Einwirkung grosser einmaliger Dosis Ol.Terbinthin. (s. d. Centralbl. I. Jahrg. Nr. 33. p. 514). Er behandelte damit seine eigenen 4 Kinder mit gleich günstigem Erfolge. Das zuweilen eintretende Erbrechen und etwaige Diarrhoe vergehen bald von selbst und haben keinen Nachtheil. Eine Tabelle giebt über 20 Fälle genaueren Aufschluss. Strangurie trat nur 1 Mal ein. Die einzigen 2 Todesfälle betrafen agonisirende Patienten. Dass grosse Dosen des Oeles ohne besondere Nachtheile genommen werden können, hatte B. durch Prof. Naunyn erfahren; derselbe nahm innerhalb 4 Stunden über 100 gr mit Eigelb, ebenso noch 3 andere Herren, und Alle hatten ausser geringen Kopfschmerzen am folgenden Tage nichts zu klagen. Dass das Oel auf Schleimhäuten so wenig reize, erklärt B. nach der von Prof. Busch über das Eucalyptusöl gegebenen Erklärung. Die hier secernirte Feuchtigkeit bilde gewissermassen eine Isolirschicht zwischen Oel und Gewebe, so dass das Ozon mit dem in dieser enthaltenen Eiweiss sich umhüllen und so seine ätzenden Wirkungen verlieren könnte.

R.

---

82. M. E. Gaucher, Note sur la néphrite infectieuse diphthéritique et sur la pathogénie de l'albuminurie dans la diphthérie (Société de biologie, séance du 22. Janv. 1881. Gazette médicale de Paris. No. 8.)

Verf. untersuchte bei einem 15 jährigen an Diphtheritis erkrankten Knaben das Blut und den Urin auf „microbes“ unter Anwendung der

nöthigen Cautelen, um äussere Keime abzuhalten. Der an Eiweiss sehr reiche Urin enthielt eine sehr grosse Menge von sphärischen und punktförmigen Bacterien, Monaden und Micrococcen, keine Stäbchen, keine Kettchen und keine Cylinder. Im Blut fand er dieselben Gebilde, weniger zahlreich, aber sehr deutlich. Pat. starb am 7. Tag seiner Krankheit und Verf. fand in der Niere dieselben Bacterien. Er nimmt daher an, dass die diphtheritische Nephritis eine parasitäre ist, und dass die Albuminurie die Folge des Durchganges der Bacterien aus dem Blute durch die Niere ist. Sie ist also eine Folge der allgemeinen Infection, und sie liefert auch den Beweis, dass die Natur bestrebt ist, die Parasiten, womit der Körper inficirt ist, durch die Nieren auszuscheiden.

Kohts (Strassburg).

---

83. **M. Mendelssohn, Ueber die paradoxe Muskelkontraktion.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880. No. 10.)

M. reproduzirt die Beschreibung und Deutung, welche Westphal über diese von ihm entdeckte Erscheinung gegeben hat, berichtet über die entgegenstehende Auffassung Erlenmeyer's und schliesst sich der Ansicht Westphal's an, weil ihm der Erlenmeyer'sche Versuch, den m. gastrocnemius zu verkürzen und so das Eintreten der paradoxen Kontraktion zu verhüten, geringe Beweiskraft zu haben scheine. Er hat dieselbe auch in der Seitenlage des Patienten bei herabhängenden Beinen hervorrufen können, und hat sie verschwinden sehen bei einfachem starkem Druck auf die Wadenmuskulatur, wobei also keine Verkürzung des Muskels statt hatte.

Bei graphischer Untersuchung fand er die Kurve des in paradoxer Kontraktion befindlichen m. tibialis anticus ähnlich der eines mit Veratrin vergifteten Muskels.

M. fand das Phänomen in 10 Fällen von tabes dorsalis atactica 2 Mal (auch an anderen Muskeln); ferner in 4 Fällen von hemiplegia sinistra mit beginnender Rigidität der Muskeln; in 3 Fällen von Hysterie mit konvulsiven Anfällen; in 1 Falle von multipler Herdsklerose; hier entwickelte sich Rigidität und selbst eine geringe Kontraktur der Muskeln, bevor man noch die paradoxe Kontraktion hervorzurufen im Stande war (entgegen der Erwartung Westphal's); ferner in einem Falle von ausgesprochener Brown-Séquard'scher Halbseitenlähmung an der gelähmten Extremität; in 5 Fällen von Alkoholismus chronicus „mit deutlich ausgesprochenem Tremor, erhöhten Sehnenreflexen und geringer Rigidität der Muskeln; in 4 Fällen von spastischer Spinalparalyse mit Rigidität der Muskeln und sehr erhöhten Sehnenreflexen konnte M. die paradoxe Kontraktion nicht hervorrufen, wahrscheinlich weil durch die Dorsalflexion ein starker Fussklonus entstand.

„Trotz der geringen Zahl meiner Beobachtungen glaube ich doch es wagen zu dürfen, folgende Wahrscheinlichkeitsschlüsse aus denselben zu ziehen:

1) Die paradoxe Muskelkontraktion entsteht durch den Verlust

des Gleichgewichtes in der Tonicität gewisser Muskelgruppen und deren Antagonisten.

2) Es besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der paradoxen Muskelkontraktion und dem pathologischen Zittern; diese beiden Symptome gehören mit den Sehnenreflexen und der Kontraktur zu einer von einem gewissen Grade des Muskeltonus abhängigen Symptomenreihe Die im Reflexbogen den Muskeltonus erzeugenden Veränderungen bringen auch die paradoxe Muskelkontraktion hervor, deren klinische Wichtigkeit wohl durch weitere und zahlreichere Untersuchungen festgestellt werden kann."

E. Bardenhewer.

---

84. **Dr. Ad. Strümpell** (Leipzig), **Tonische Krämpfe in willkürlich bewegten Muskeln (Myotonia congenita).** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 9.)

Dr. Thomsen in Kappeln (Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrht. 1876, Bd. VI, S. 702) und Seeligmüller (Deutsche med. Wochenschr. 1876, 33—34) haben eine Störung der Muskelthätigkeit bei willkürlichen Bewegungen beschrieben, welche von Kindheit datirte, mehrere Mitglieder derselben Familie betraf und sich dadurch charakterisirte, dass die Muskeln in einer Art anhaltender Starre sich befinden, und dadurch der Einwirkung des Willens nur unvollkommen gehorchen, dies aber bei fortgesetzten Bewegungsversuchen immer besser thun. Erb (Rückenmarkskrankheiten bei Ziemssen etc. II. Aufl. S. 817) hat die Krankheit bereits als eine besondere Form abgerundet dargestellt, Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankheiten, Bd. I. S. 128) bereits 1866 einen Fall beobachtet, Bernhardt (Virchow's Arch. Bd. 75, S. 516) die bisherigen Beobachtungen zusammengestellt. Dr. Str. beschreibt einen Fall aus der Wagner'schen Klinik in Leipzig. Der intelligente Kranke gab an, dass er von Kindheit an seinem Uebel leide, dasselbe sich immer weiter verschlimmere, zwei Geschwister dieselbe Krankheit hätten und dass die Störung seiner Muskelthätigkeit darin bestehe, „dass bei jeder Kraftäusserung die betreffenden Muskeln sich krampfhaft anspannen und nicht sofort wieder loslassen". Auf kurze Zeit kann der Zustand durch anhaltende Bewegung gehoben werden. Wenn die ersten Stufen beim Treppensteigen nur langsam und steif erstiegen werden, kann er zuletzt „mit jedem Andern um die Wette laufen". Nach derartigen Anstrengungen wird aber die „bleierne Schwere und Mattigkeit der Muskeln" um so grösser. Bei plötzlichen Erschütterungen oder Schreck kann sich der Zustand der Steifheit über den ganzen Körper verbreiten, sodass Patient hinfällt und „wie ein steinerner Mann" liegen bleiben muss. Alle willkürlich beweglichen Muskeln waren von dieser eigenthümlichen Functionsstörung befallen; auch Sprechen und Schlucken wurden dem Patienten nach längerem Pausen zuerst schwer. Die Haut- und Sehnenreflexe erschienen normal. Die electrische Erregbarkeit verhielt sich qualitativ normal, aber die Muskelcontraction überdauerte

den Reiz eine Zeit lang. Die directe mechanische Erregbarkeit war auffallend undeutlich. Die Muskeln erscheinen sehr stark entwickelt, Fettpolster gering, die Muskelkraft beträchtlich, fibrilläre Zuckungen nicht vorhanden; Sensibilität, Harn und Stuhlentleerung völlig normal. Dr. Str. hält die Affection für „eine angeborene Anomalie des Muskelsystems", und schlägt zu ihrer Bezeichnung den Namen Myotonia congenita vor.

R.

---

85. **Elongation des nerfs** (Nervendehnung), **anesthésie reflexe** (Reflex-Anästhesie). (Verhandlungen der société de biologie, s. im Progr. médic. 1881. Nr. 13.)

In der Sitzung der société de biologie vom 19. März a. c. zeigte Quingaud ein Meerschweinchen, an welchem er vor anderthalb Monaten eine Dehnung des n. ischiadicus gemacht hatte; es sind trophische Störungen eingetreten und die amputatio spontanea der von den Nerven versehenen Zehen; dieselben Läsionen also wie nach der Durchschneidung der Nerven. Ueber ähnliche Resultate (trophische Störungen nach Nervendehnung) berichtet Laborde. Bei einem andern Meerschweinchen machte er eine Dehnung eines n. ischiadicus, gerade stark genug, um Anästhesie hervorzurufen; jetzt dehnte er den n. ischiadicus der andern Seite bis zu demselben Grade, dann stellte auf der ersteren Seite die Sensibilität sich wieder ein. (Vergl. sinapiskopische Untersuchungen von Adamkiewicz.) Mehrere Versuche ergaben dasselbe Resultat, vorausgesetzt, dass die Dehnung und die durch die Dehnung bewirkte Anästhesie nicht zu weit getrieben waren.

Q. schliesst daraus, dass es sich nicht um eine blosse Zerrung der Nerven, sondern um eine phénomène à distance, um eine Veränderung des Dynamismus der Nervenzellen im Rückenmark handelt, wie Brown-Séquard angenommen hat.

In derselben Sitzung demonstrirte Malicot einen Kranken, bei welchem nach einer Verletzung in der Axillargegend auf reflectorischem Wege eine absolute Anästhesie der Schulter, des Oberarms und des oberen Drittels des Unterarms eintrat, welche nach der Heilung der Wunde noch fortbestand. Vesikatore führten allmählige Heilung herbei. Der Patient war im Uebrigen ganz gesund.

E. Bardenhewer.

---

86. **Prof. Alb. Adamkiewicz** (Krakau), **Ueber den Einfluss des Senfteigreizes auf Anästhesie und normale Empfindung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 12.)

Der „bilateralen Symmetrie" in der Entwicklung und dem Bau des thierischen Organismus, müssen auch „bilaterale Functionen" entsprechen; bis jetzt sind dieselben noch wenig gekannt. A. hebt die Schweisssecretion als eine solche hervor. „Gleichgiltig, welche Art

von Reiz die Thätigkeit der Schweissdrüsen hervorruft, die Secretion beim Menschen tritt stets an zwei symmetrisch gelagerten Orten seines Körpers hervor. Wo diese Symmetrie fehlt, müssen Anomalien im Nervensystem vorliegen". Der sog. Transfert der Metalloscopie ist der Ausdruck bilateraler Function. Der Senfteig ruft bei Anästhesieen alle diejenigen Wirkungen hervor, welche man bis dahin als specifische Wirkungen der Metalle zu betrachten geneigt war. Von den centralen Anästhesieen sind die einen anatomischer, die andern molecularer (psychischer) Natur. A. prüfte die Wirkung des Senfteiges bei einem 27 jährigen Mann, der nach einem apoplectischen Insult eine vollkommene motorische und sensible Paralyse der linken Körperseite davongetragen hatte. Wurde auf diese Seite irgendwo ein Senfteig applicirt, so empfand Pat. nach 30—45 Min. Brennen an der Applicationsstelle, und die Empfindlichkeit für Nadelstiche an derselben war zurückgekehrt. Nach Entfernung des Senfteiges breitete sich die Empfindlichkeit allmählich über die ganze gelähmte Seite aus, sodass nach 24 Stunden „nicht die geringste Spur einer Sensibilitätsstörung" mehr vorhanden war. Diese Herstellung hatte aber keinen Bestand; im Verlauf von 6—8 Tagen war die frühere Anästhesie wieder da. Von den moleculären (hysterischen) Anästhesieen unterscheidet A. drei Formen: einfache sensible Hemiparese, begleitet von einer Parese sämmtlicher Sinnesorgane derselben Körperhälfte, sensible und sensorische Hemiparese, verbunden mit hysterischer Muskellähmung derselben Seite, und diffuse Sensibilitätsstörungen, deren Ausbreitung jeder anatomischen Definition spottet.

Bei einem Kranken der letzten Art, bei welchem vollständige Anästhesie der linken Körperhälfte, sowie der untern Abschnitte beider rechtsseitigen Extremitäten bestand, brachten $^1/_2$ — $1^1/_2$ stündige Application des Senfteiges die Empfindung für Stich, Druck, Temperatur zurück. Dieselbe verbreitete sich nicht über den Ort der Application, es gelang nie, die ganze Empfindlichkeit herzustellen; die Anästhesie kehrte in wenigen Tagen wieder, aber viel später als die Röthung der Haut verschwunden war, sie war also nicht von circulatorischen Ursachen abhängig.

In einem Falle einfacher hysterischer Hemianästhesie trat nach $1^1/_2$ stündiger Application des Sinapismus die volle Empfindlichkeit der gereizten Stelle ein, zugleich war die entsprechende Stelle der andern Seite anästhetisch geworden. Eine zweite verstärkte Senfreizung bewirkte dauernde Rückkehr der ganzen Sensibilität und nur vorübergehende Anästhesie der entsprechenden anderseitigen Hautstelle.

Bei hysterischer Hemianästhesie mit Hemiparese einer 30 jährigen Frau war auch die Temperatur der afficirten Seite bis 29° C. — gegenüber 35° C. der gesunden Seite — herabgesetzt. Nach $^1/_2$ — $^3/_4$-stündiger Application des Senfteiges entstand Brennen; darauf Gefühl wie beim Wiedererwachen eingeschlafener Glieder, auf der Seite des Reizes nach abwärts, auf der gesunden nach dem Kopf zu strömend; der Strom wurde allmählich rascher, Motilität und Sensibilität hob sich und nahm auf der gesunden Seite ab, allmählich nahm das Gesicht der Kranken einen ängstlichen Ausdruck an, ein Tobsuchtsanfall brach aus, der schnell beendet war, sobald der Senfteig entfernt wurde. Die

Hemiparese hatte ihre Lage total gewechselt; auch die gewaltigen Temperaturdifferenzen verhielten sich jetzt umgekehrt. Diese Wirkungen liessen sich mit derselben Präcision bei jeder Wiederholung des Sinapismus erzielen.

Versuche an Gesunden ergaben, dass mit der „Sinapiscopie“ Schmerz und Tastsinn verschärft, an der entsprechenden anderseitigen Stelle vermindert werden, während der Temperatursinn diesen Antagonismus nicht zeigt, sondern sich der Schweisserregung analog verhält.

R.

---

87. **M. J. Rossbach** und **Th. Aschenbrandt, Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Schleimsekretion in den Luftwegen.** Vorläufige Mittheilung. (Monatsschr. für Ohrenheilkunde. März 1881.)

I. Ueber die Innervation der Schleimdrüsen des Kehlkopfes und der Luftwege.

1) Die Sekretion des Schleimes ist eine continuirliche. So oft man die Schleimhaut trocken zu legen versucht, sieht man unmittelbar nachher kleine Tröpfchen Schleim allenthalben hervorkommen.

2) Die sekretorischen Nerven sind nicht bekannt; faradische Reizung des n. laryngeus superior, oder inferior, oder vagus, nach Durchschneidung ergaben negative Resultate, indem keine Vermehrung der Schleimsekretion eintrat.

3) Nach Durchschneidung der Nerven blieb die Sekretion unverändert, continuirlich; bei einseitiger Durchschneidung war die Schleimhaut auf der operirten Seite stärker injicirt und secernirte stärker als die intakte. Auch wenn alle Nerven durchschnitten und ein 2—3 cm langes Stück der Luftröhre durch festes Umschnüren aus allen Verbindungen von oben und unten gelöst war, so dass es nur noch vom Oesophagus Blut bekam, blieb die Schleimsekretion unverändert.

Es werden hieraus folgende Schlüsse gezogen:

1) Die Nervencentren haben keinen Einfluss auf die Schleimsekretion in dem Kehlkopf und der Luftröhre.

2) Es besteht Zusammenhang zwischen der Stärke der Circulation und der Schleimsekretion.

3) Es müssen periphere, in der Schleimhaut selbst gelegene Nervencentren, unter deren Botmässigkeit die Schleimsekretion steht, angenommen werden, oder aber die Sekretion findet ohne nervösen Einfluss statt.

II. Ueber den Einfluss von Erkältung auf die Blutcirculation und die Schleimsekretion in der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre und über die Beziehungen zwischen Blutkreislauf und Schleimsekretion.

Bei einer Katze wurden zuerst feucht heisse, sodann Eisumschläge auf den Bauch gemacht und es zeigte sich, dass schon nach 1/2 Minute starker Krampf in den Gefässen der Schleimhaut eintrat; nach 1—2 Minuten folgt langsam Erschlaffung. Die Farbe wird erst wieder normal, dann rosenroth und besonders an den Trachealknorpeln bald ab-

norm stark injicirt. In 5—10 Minuten ist die ganze Schleimhaut blauroth.

Während des Krampfes ist eine Abnahme, nachher bei der Erschlaffung eine starke Zunahme der Schleimsekretion zu constatiren, so dass der immer noch wasserklare Schleim förmlich herabfliesst (Catarrhoe).

Wechselt man die Umschläge wieder, so geht die blaurothe Färbung ab, die Injektion bleibt jedoch in gewissem Grade vorhanden.

Es folgt hieraus, dass die Schwankungen in der Circulation begleitet sind von Schwankungen in der Sekretion, mithin ein inniger Zusammenhang zwischen Circulation und Sekretion besteht. Die Erkältungsveränderungen sind sehr grober, auffallender Natur und treten fast unmittelbar ein.

Walb.

---

88. **Dr. A. Barèty** (de Nice), **De la laryngite striduleuse ou faux croup, considérée comme un des symptomes de l'engorgement aigu des ganglions lymphatiques trachéo-bronchiques.** Pseudocroup als Symptom der acuten Anschoppung der Tracheo-Bronchial-Drüsen. (Communication faite au congrès international de laryngologie de Milan, dans la séance du 3. Sept. 1880. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Fevrier 1880.)

Verf. stellt sich die Aufgabe zu beweisen, dass die „laryngite striduleuse“ oder Pseudocroup durch eine Functionsstörung der Glottis bedingt ist. Die Veranlassung dieser Störung sei im Druck zu suchen, den die acut oder subacut angeschwollenen Tracheo-bronchial-Drüsen auf den N. recurrens ausüben. Zu diesem Zwecke führt Verf. 7 Familien an, in denen die Kinder alle von Pseudocroup befallen wurden. In der Zeit dieser Anfälle zeigten dieselben jedesmal acute Anschwellung der oben genannten Lymphdrüsen, und konnte letztere eine gewisse Zeit nach dem Anfall noch nachgewiesen werden.

Diese Kinder waren alle in mehr oder minder ausgesprochenem Grade von scrophulosem Habitus und sehr oft war Vater oder Mutter mit Lungentuberculose behaftet, oder die Tuberculose mit oder ohne Anschwellung der Tracheo-bronchial-Drüsen war bei den Geschwistern der Eltern nachzuweisen.

Verf. hat nie Gelegenheit gehabt, die Section eines an Pseudocroup gestorbenen Kindes zu machen; er beruft sich daher auf einen solchen Fall, den Guersant secirt und beschrieben hat, und bei welchem derselbe tuberculöse Degeneration der Bronchial-Drüsen gefunden hat. Die anderen Organe, mit Ausnahme der Lunge, in welcher auch einige Tuberkel nachzuweisen waren, zeigten absolut keine Veränderung.

Ferner citirt Albers (Recherches anatomo-pathologiques sur le nerf pneumogastrique, in Archives générales de médecine) einen Fall von intermittirendem Croup, wo er bei einem Kinde von 2 Jahren eine tuberculöse Vergrösserung der Lymphdrüsen des Halses und der Bronchialdrüsen und eine intime Verwachsung des rechten Vagus mit diesen Drüsen fand.

Ob wir es nun bei dieser Affection mit einem Spasmus oder mit einer Lähmung der Stimmbänder zu thun haben, weiss Verf. nicht anzugeben. Lee und Hourmann sprechen sich für die Paralyse aus; Jolivet und Krishaber für den Spasmus; Jaccoud und Axenfeld sind darüber im Zweifel.

Kohts (Strassburg).

---

89. **Dr. Weil** (Stuttgart), **Beitrag zur Lehre von der Aetiologie der Retropharyngealabscesse.** (Monatsschrift für Ohrenheilkunde. März 1881.)

Ein Mädchen von 9 Jahren erkrankt an starker Athemnoth, nachdem schon längere Zeit Otorrhoe vorhanden. Untersuchung ergiebt: Dyspnoetisches Athmen, kein Fieber, Paukenhöhleneiterung. Bei der Digitaluntersuchung des Rachens wird eine prall gespannte Geschwulst gefunden, welche als Retropharyngealabscess angesprochen und geöffnet wird. Nach Entleerung des Eiters tritt sofort ein Verschwinden der Dyspnoe ein, die Geschwulst ist collabirt. Die Athembeschwerden treten am nächsten Tage, jedoch nicht so heftig, wieder auf und sind auf erneuerte Eiteransammlung zurückzuführen, dessen Entleerung wieder Erleichterung schafft. Inzwischen wurde die Ohreiterung mit Borsäure behandelt. Die nach einigen Tagen wieder auftretende Athemnoth konnte durch Entleerung des Abscesses nicht beseitigt werden, dauerte trotz Verschwundenseins der Geschwulst fort. Das Kind starb an sekundärem Glottisoedem, welches auch bei der Sektion gefunden wurde. Als einzige Ursache des Retropharyngealabscesses konnte nur eine mit der eitrigen Mittelohrentzündung im Zusammenhang stehende Drüsenvereiterung angenommen werden.

Interessant war noch, dass beide Paukenhöhlen voll Eiter gefunden wurden, trotzdem die Otorrhoe auf Anwendung der Borsäure sistirt hatte. Es war keine Luftdouche gleichzeitig in Anwendung gekommen.

Auf den Zusammenhang zwischen Ohrerkrankung und Retropharyngealabscess haben bereits hingewiesen Bokai (nur vom Gehörgang aus), Kohts (vom mittleren Gehörgange aus), Kormann, welcher sich dahin ausspricht, dass die idiopathischen Retropharyngealabscesse, welche aus Lymphadenitis retropharyngealis entstehen, häufig Mittelohrentzündungen begleiten.

Walb.

---

90. **M. Krishaber, Sonde oesophagienne laissée à demeure pendant trois cent cinq jours, utilité de ce procédé.** Eine Sonde dreihundert fünf Tage lang im Oesophagus; Nützlichkeit dieses Verfahrens. (La Gazette des hôpitaux, 1881, No. 27.)

Um den Unannehmlichkeiten und Gefahren, mit welchen, insbesondere bei Oesophagus-Tumoren, die gebräuchliche Katheterisirung des

Oesophagus verbunden ist, zu entgehen, führte K. bei einer 52-jährigen Frau, welche an Carcinom des Anfangstheils des Oesophagus litt, eine Sonde durch eine Nasenhöhle in den Magen, befestigte dieselbe durch eine an dem freien Ende quer durchgesteckte Nadel, von welcher eine Binde um die Stirn ging, und liess sie in dieser Lage 305 Tage lang, bis zum Tode der Kranken. Die Ernährung geschah durch die Sonde ohne Schwierigkeit. War die Quantität der eingeführten Speisen zu gross, so wurde ein Theil durch die Sonde ausgeworfen. Ein in den ersten Tagen auftretender Katarrh der Nasenschleimhaut verlor sich bald wieder. Als die Sonde nach dem Tode der Kranken weggenommen wurde, soll sie (nach Aussage der Wärterin) ihr normales Aussehen gehabt haben, auch an dem Ende, welches im Magen gelegen hatte.

In dem vorliegenden Falle handelte es sich nur um die Ernährung der Kranken, da die Natur des Uebels die Heilung ausschloss. Doch beweist derselbe, dass eine Sonde ohne Gefahr und ohne grosse Beschwerden so zu sagen beliebig lange im Oesophagus verweilen kann. Bei Stenosen durch Narben oder durch Krampf der Muskulatur wird man die Sonde, welche in K.'s Falle schon nach einigen Tagen sich frei verschieben liess, nach längeren Intervallen jedesmal durch eine stärkere ersetzen. Durch das Verweilen der Sonde wird die Entstehung von falschen Wegen und der Krampf der Muskulatur, welche die einfache Katheterisirung häufig begleiten, vermieden werden, und eine vollständige Heilung sich leichter erzielen lassen, da für genügende Ernährung gesorgt ist.

E. Bardenhewer.

---

91. **Netschajeff, Ueber die Magensaftsecretion herabsetzende Mittel.** (Klinische Wochenschrift Esjenedelnaja klinitscheskaja gaseta 1881. No. 5.)

1. Die subcutane Injection einer 1 % Atropinlösung (0,5—1 cc) vermindert die Magensaftabsonderung und unterdrückt sie zuweilen sogar vollständig; diese Erscheinung trat gewöhnlich gleichzeitig mit der Pupillenerweiterung ein und hielt bis 2 Stunden lang an.

2. Electrische Reizung (Inductionsstrom) des centralen Endes der sensiblen Nerven (nn. vagus, ischiadicus, cruralis) hat ebenfalls die Herabsetzung der Magensecretion zur Folge: statt 1—5 cc durchschnittlich in 2 Minuten nur einige Zehntel cc.

3. Eine subcutane Morphiuminjection und in die Venen injicirte Chloralhydratlösung sind von geringer Wirkung, und auch diese Wirkung könnte vielleicht nur von der herabgesetzten Contractilität des Magens bei narkotisirten Thieren abgeleitet werden, denn einer mechanischen Reizung der Schleimhaut folgt eine merkliche Steigerung des Magensaftergusses aus der Fistel. N. erklärt diese Erscheinung dadurch, dass die secretorische Thätigkeit der Magendrüsen fortdauere,

der Saft aber wegen der Paralyse der Magenwand aus den Falten der Schleimhaut nicht ausgedrängt werden könne. — Mittelgrosse Morphiumdosen rufen zuweilen eine gesteigerte Contraction des Magens und eine Steigerung der Magensaftsecretion hervor.

N. experimentirte an Hunden mit und ohne Fistel.

Krusenstern (Petersburg).

---

92. **Dr. phil. et med. M. Traube** (Breslau), **Ueber den Milchzucker als Medicament.** (Deutsche klin. Wochenschr. 1881. Nr. 9.)

Tr. berichtet, dass bei ihm, der an habitueller Verstopfung leidet, 9—15 gr sehr fein gestossenen Milchzuckers gelöst in 1/4 Liter abgerahmter, abgekochter und noch warmer Milch, wenn sie 1—1 1/2 Stunden vor dem Frühstück genommen wird, etwa 2—3 Stunden nach der Einführung 1—2 Mal ergiebigen, dünnbreiigen, braun gefärbten Stuhl erzeugt. Andere Leidensgefährten schienen mehr zu gebrauchen. Tr. nahm bis 24 gr Milchzucker ohne weitere Beschwerden als zu stark abführende Wirkung. Er glaubt, dass die lebhaftere Peristaltik der Säuglinge vom Milchzucker herrührt. In den Faeces fand Tr. weder eine lebhaft saure, noch die Reaktion auf Zucker; der Milchzucker scheine daher ins Blut zu gehen, und somit als Laxans gerade bei Obstruction mit mangelhafter Ernährung angezeigt zu sein.

R.

---

93. **Kormann** (Dresden), **Therapeutische Mittheilungen aus der Kinderpraxis.** (Veröffentlichungen der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin.)

1. Anwendung des Apomorphinum hydrochloricum chrystallisatum purissimum als Expectorans.

Verf. hat 55 Fälle von Bronchialkatarrh, 2 Fälle von katarrhalischer Pneumonie und einen schweren Pseudocroup damit behandelt; es ist das beste der bekannten Expectorantien. Nach 3—4 maliger Verabreichung der Medikamente trat Besserung ein; statt der früheren trockenen Auscultationsgeräusche wurden feuchte hörbar; das Secret wurde aus dem Larynx ausgeführt, verschluckt, und per anum entleert; in 2 Fällen von katarrhalischer Pneumonie trat nach Apomorphingebrauch schnelle Lösung der Infiltration ein. In einem Fall von Pseudocroup mit exquisiter Larynxstenose trat am 2. Tage nach dem Apomorphingebrauch Heilung ein.

Die Dosierung besteht für das 1. Lebensjahr in 1 mgr, für jedes weitere Lebensjahr bis zum 11. um 1/2 mgr mehr, sodass ein 11jähriges Kind 6 mgr bekömmt; von da gebraucht man für jedes weitere Lebensjahr eine Steigerung um je ein Milligramm, sodass im 15. Lebensjahr ein Centigramm pro dosi gegeben werden kann.

2. Einreibungen von sapo viridis gegen Scrophulose, besonders indurirte Lymphdrüsen scrophulöser Kinder.

Verf. hat 4 Fälle von scrophulösen Lymphdrüsen mit Einreibung von grüner Seife behandelt und schnell Abschwellung erzielt; auch die anderen scrophulösen Symptome, wie Ozaena, Eczeme und Augenleiden gingen bei dieser Behandlung zurück; in einem Falle sah Verf. sogar eine Spitzeninfiltration bei einem scrophulösen 8jährigen unter dem Gebrauche einer Seifenschmierkur in 14 Tagen vollständig zurückgehen.

Die Kur besteht darin, dass in die Hautstellen, unter welchen die geschwellten Lymphdrüsen sich befinden, Abends ein Theelöffel voll eingerieben wird; am Morgen wäscht man die Seife wieder ab, und reibt Abends wieder ein; wenn die Haut zu schmerzen anfängt, wird eine andere Stelle eingeschmiert.

Kohts (Strassburg).

---

94. **Dr. Hampeln** (Riga), **Ueber ein Arznei-Exanthem.** (St. Petersburger medic. Wochenschr. 1881. Nr. 3.)

Ein Knabe von 8 Jahren, welcher an einer „ungefährlichen Mykose der Tonsillarschleimhaut" erkrankt war, nahm im Laufe des Tages und der folgenden Nacht (in ca. 20 Stunden) 5,0 Natron benzoicum. Am andern Morgen bedeckte eine diffuse Röthe den Hals, den Rumpf und die Oberarme; die Grenzen des Exanthems waren deutlich markirt; längs seines Randes auf den Oberarmen waren zahlreiche rothe, kleine, flache Knötchen zu sehen, eben solche auf den Handrücken; der Ausschlag verursachte Jucken. Am Abend war derselbe noch etwas weiter auf die Hinterbacken gekrochen. Unterdessen hatte der Rachenkatarrh sich gesteigert; mässiges Fieber; Allgemeinbefinden sehr gut. Am Morgen des folgenden Tages war von dem Exanthem nichts mehr zu sehen.

„In Anbetracht des ungestörten Allgemeinbefindens des Kranken, seines Contrastes mit der In- und Extensität des Exanthems, mangelnder anderer Lokalsymptome des Scharlachs, in Anbetracht ferner des Exanthems, welches wegen seiner Gleichmässigkeit sich von der meist feingefleckten Scharlachröthe unterschied, endlich des Umstandes, dass der Knabe vor 5 Jahren den Scharlach durchgemacht hatte, zögerte ich nicht, ein Arznei-Exanthem zu diagnosticiren."

„Um einen entscheidenderen experimentellen Beweisgrund zu gewinnen, verabfolgte ich dem Kranken, mit Einwilligung der Eltern, am Tage nachdem das Exanthem geschwunden war, nochmals das Benzoat zu 0,3 stündlich. Schon am Abend stellte sich das Exanthem wieder ein, diesmal nicht diffus, sondern in mehreren handgrossen Flecken. Das Mittel wurde am Abend ausgesetzt, und war am andern Morgen vom Exanthem nichts mehr zu sehen."

E. Bardenhewer.

---

95. Sigrist und Limberg, Ueber die Wirksamkeit der Faradisation gegen Ascites. (Wojenno-medicinsky Journal 1879. No. 6.)

Auf Prof. Manasseins Vorschlag haben S. und L. bei einem 41jährigen Patienten, der an Lebercirrhose litt, die zuerst von Dr. Glas angegebene Wirksamkeit des faradischen Stromes auf die Resorption der Ascitesflüssigkeit geprüft. Die Faradisation wurde täglich vorgenommen; während Glas jeden Muskel 50—100 mal sich contrahiren liess, konnten S. und L. es nicht über 15 mal bringen, da der Pat. schon dann über Schmerzen klagte.

Die Resultate sind aus folgender Zusammenstellung ersichtlich: Vor Beginn der Behandlung: Herzdilatation, Milzanschwellung, Oedem der Füsse, in den comprimirten Lungenspitzen lautes Exspirium und leichte Dämpfung; die Lebergrösse in Folge der Tympanites nicht bestimmbar. Erheblicher Ascites.

Körpergewicht 59600 gr. Leibesumfang 88 cm; die Entfernung des proc. ensiformis von der Symphysis pubis betrug $30^1/_2$ cm. Respirationsgrösse 1900 cc.

Nach der Behandlung binnen 10 Tagen: Herz, Leber, Milz normal. In Lungenspitzen kein Exspirium. Kein Oedem der Füsse, keine Spur von Ascitesflüssigkeit. Spuren von Eiweiss im Urin, was wohl auf die gesteigerte Function der Nieren zurückzuführen wäre.

Körpergewicht 54450 gr. Leibesumfang 78 cm; die Entfernung des proc. ensif. von der Symph. 25 cm; Respirationsgrösse 2300 cc.

Krusenstern (Petersburg).

---

96. Dr. Koretzky, Die Anwendung des faradischen Stromes gegen Darmleiden. (Wratsch 1880. No. 43.)

In einem Falle von schwerem chronischen Dickdarmkatarrh, in dessen Verlauf Geschwüre und Atonie eingetreten waren, wandte K., nachdem Pat. vergeblich alle erdenkbaren Curen in 5 Jahren durchgemacht, den faradischen Strom an. — Vor Beginn dieser Behandlung hatte Pat. fortwährende spasmodische Schmerzen im Unterleibe, litt an beständiger Obstruction oder Durchfällen mit starken Tenesmen und mit blutuntermischten Stühlen; durch Abführmittel entleerte Fäces in Form kleiner dunkelbrauner Kugeln, wiesen auf das Colon, als den Sitz der Erkrankung, hin. — Die eine Electrode wurde ins Rectum eingeführt, die andere wurde an dem Colon entsprechenden Stellen der Bauchdecken angesetzt. Schon nach 15 Sitzungen sah K. einen eclatanten Erfolg von der Behandlung: Patient erholte sich sichtbar, der Stuhlgang wurde normal, die Stimmung gut.

Krusenstern (Petersburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 27. April. Nro. 7.

97. W. Salomon, Bericht über die Berliner Flecktyphusepidemie im Jahre 1879. (Deutsch. Arch f. klin. Med. Bd. XXVII. 5 u. 6, pag. 456.)

Verf. hatte als Assistenzarzt im städtischen Barackenlazareth in Berlin zur Zeit der Epidemie Gelegenheit, den weitaus grössten Theil sämmtlicher an Flecktyphus erkrankten Personen in seine Behandlung zu bekommen und zu beobachten.

Das Barackensystem hat sich auch bei dieser Epidemie als sehr zweckentsprechend bewährt; die Kranken und das Wartepersonal waren strengstens isolirt, aller Verkehr nach Aussen wurde durch besondere Hausdiener vermittelt. Die Desinfection der bei den Kranken gebrauchten Wäsche- und Kleidungsstücke durch trockene Hitze, und die energische Lüftung der Baracken auch während der Winterskälte hatten die besten Erfolge. Sobald es die Witterung gestattete, brachte man die Patienten in ihren Betten direct in's Freie, wo sie den ganzen Tag campirten. Ferner wurde eine Quarantäne eingerichtet, in der Weise, dass die in grosser Menge aufgenommenen Flecktyphus verdächtigen Individuen ebenfalls isolirt und mindestens 14 Tage unter Aufsicht gehalten wurden. Die Gesammtzahl der aus Asylen, Pennen, Ge-

fängnissen, Krankenhäusern und Privatwohnungen, dem Lazareth überwiesenen Flecktyphuskranken und Verdächtigen nebst den im Haus inficirten betrug 813, von denen 440 als wirklich flecktyphuskrank erkannt und isolirt wurden. Als Brutstätten der Epidemie zeigten sich auch diesmal wieder, wie in früheren Jahren, die Berliner Asyle und Herbergen, sogenannte Pennen, und im Anschlusse hieran das Gefängniss für männliche Haftaten. Eine beträchtliche Zahl von Infectionen fand auch in den Berliner Krankenhäusern statt. Die besser situirte Klasse der Bevölkerung blieb durchaus unberührt. — Schon im September 1878 waren sporadische Fälle von Flecktyphus in der Charité beobachtet worden und wahrscheinlich steht die 1879er Epidemie mit der kleinen Epidemie von 1878 in unmittelbarem Zusammenhang. Sie begann Anfang Januar mit einigen sporadischen Fällen, und erreichte ihre Acme Anfangs März, um dann im Laufe von 4 Monaten allmählig zu erlöschen. — Die directe Infection des gesunden durch den kranken Menschen ist für Flecktyphus nachgewiesen. In einem Falle wurde auch ein bei den Reconvalescenten angestellter Wärter inficirt. Die Sectionen hält S. für relativ ungefährlich. Die beigegebene tabellarische Uebersicht über die gesammte Krankenbewegung bestätigt die unverhältnissmässig geringe Anzahl erkrankter Frauen. Die Mortalität (nach Griesinger 15,0—20,0 %), war eine sehr hohe, besonders gegen das Ende der Epidemie, und betrug nach den Ziffern der königlichen Sanitätscommission 22,80 %. Bemerkenswerth ist die relativ geringe Gefährlichkeit der Krankheit für jugendliche Individuen. Die rapide Steigerung der Mortalität bei der Altersstufe über 30 Jahren führt S. auf den abusus spirituos. zurück, für welchen intra vitam und post mortem genug Indicien vorhanden waren. Eine gewisse Immunität einzelner Gewerbsklassen konnte S. nicht beobachten. Bezüglich der Dauer der Incubation wurden die früheren Erfahrungen bestätigt, dass dieselbe von wenigen Tagen bis fast zu 3 Wochen vorkomme. Wenn auch die Incubationszeit nicht ganz frei war von krankhaften Empfindungen, so war doch die Invasion der Krankheit im Ganzen und Grossen eine plötzliche. Das Exanthem war sehr variabel; die rein roseolöse Form war nur bei Personen mit zarter und weisser Haut zu sehen und auch dann nicht so distinct und von hellerer Färbung, als beim Abdominaltyphus, nicht selten mit leichter Papelbildung; sehr häufig war das Exanthem undeutlich, verwaschen und schmutzig, so dass man erst auf einige Schritt Entfernung das Fleckige der Haut erkannte. Stets waren die Extremitäten befallen mit besonderer Bevorzugung der Beugeseiten der Vorderarme; später wurden auch Hand- und Fussrücken befallen. Am schwächsten waren die Oberschenkel am Exanthem betheiligt. 12 mal wurde es im Gesicht beobachtet, ohne dass der Verlauf oder die Schwere des Falles dadurch beeinträchtigt worden wäre. Die Zahl der Efflorescenzen überstieg die gewöhnliche des Abdominaltyphus stets beträchtlich. Ein prodromales Exanthem oder Nachschübe wurden nicht beobachtet. Das Exanthem trat für gewöhnlich am 4.—5. Tage der Erkrankung auf; häufig gelang es erst nach Anwendung von Bädern, es vorübergehend deutlich hervortreten zu machen; die Persistenz desselben war verschieden, meist jedoch hielt es sich bis zum Ende der

Fieberbewegungen. Die sogenannte pectechiale Umwandlung des Exanthems erfolgte meist nur bei schwereren Fällen, dann waren die Flecke abgeblasst bis in die Reconvalescenz hinein sichtbar. Wahre Petecchien kamen nur selten zur Beobachtung. Das dem Flecktyphus zukommende Petechialexanthem bestand in dunklen lividen Flecken mit verwaschener Umrandung, linsen- bis fast erbsengross, auf Druck stets etwas erblassend, aber nicht völlig verschwindend; vielmehr blieb im Centrum stets eine kleine unregelmässig abgegrenzte Stelle mehr weniger dunkel blauroth gefärbt zurück. Diese Umwandlung trat nie vor Ende der ersten Krankheitswoche auf. An den Leichen war von dem primitiven Exanthem gar nichts, von dem umgewandelten auch nur äusserst wenig zu sehen, hin und wieder einige gelbliche Flecke. Ueberaus häufig war kleienförmige Abschuppung der Epidermis, in einem einzigen Falle trat flächenhafte Desquamation wie bei Scarlatina auf. Herpes facialis wurde von S. in 5,4% seiner Fälle gesehen. Miliaria kam 14 mal meist 1—2 Tage vor dem Nachlass des Fiebers zur Beobachtung. In 6 schweren Fällen trat Icterus auf; 4 Sectionen ergaben die normale Durchgängigkeit der Gallenwege. Mehrmals während der Epidemie wurde constatirt, dass Recurrenzanfälle in der Incubationszeit des Flecktyphus vorkommen können. Das Invasionsstadium der Krankheit beginnt mit ausgesprochenem, öfters auch wiederholtem Schüttelfrost und hohen Temperaturen. Für die erste Woche besteht eine Febris continua mit sehr geringen Remissionen und einer durchschnittlichen Temperatur von 40,0°. Eine typische Remission am 7. Tage konnte nur selten beobachtet werden, dagegen geräth meist im Anfange der 2. Woche die bis da stabile Temperaturcurve in unregelmässige Schwankungen und fällt binnen 2—3 Tagen allmählig zur Norm ab. In der 1. Krankheitswoche zeigten sich Antipyretica ganz unwirksam. Mit dem Eintritt jener Temperaturschwankungen treten gewöhnlich ausgesprochene Delirien auf; eine wirkliche Krise mit plötzlichem Nachlass aller Erscheinungen konnte nie verzeichnet werden. Die Dauer des Fiebers schwankte zwischen 7 und 20 Tagen, und betrug im Mittel 13—14 Tage. Der Tod erfolgte bei sehr verschiedenen, theils sehr hohen, theils enorm niedrigen Temperaturen. Die Pulsfrequenz hielt sich in der ersten Woche zwischen 100 und 120 Schlägen, steigerte sich mit Eintritt der Delirien, um mit der definitiven Reconvalescenz einem Sinken zur Norm, wohl auch unter die Norm Platz zu machen; Dicrotie bestand selten und dann meist zur Zeit des Temperaturabfalls, als lytisches Symptom. Starke Bronchialkatarrhe, hypostatische und feste fibrinöse Pneumonieen, floride Phthise, wahrer Croup des Larynx der Trachea und der Bronchien, ferner Perichondritis laryngea mit consecutivem Glottisödem und Lungengangrän bildeten die von Seiten des Respirationstractus vorkommenden Complicationen und Nachkrankheiten. Die Zunge war stets lederartig trocken und borkig, die Pharynxgebilde geröthet, 2 mal traten Blutungen aus dem Zahnfleisch, 2 mal diphtheritische Rachenaffectionen auf. Parotitis war sehr selten. Die im Anfang der Erkrankung bestehende Verstopfung machte im Beginn der 2. Woche meist Durchfällen Platz, die aber nie so profus waren wie bei Ileotyphus. Blutige Stühle kommen dem Flecktyphus nicht zu; Meteorismus und Schmerzhaftigkeit des Leibes

sind selten. Der palpatorische Nachweis einer Milzvergrösserung gelang bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten ohne Schmerz zu erregen. Häufig ging nach S. der Milztumor früh zurück, so dass er schon in der 2. Woche das Organ nicht mehr palpabel fand. Lymphdrüsenanschwellungen wurden nicht beobachtet. Febrile Albuminurie wurde nie vermisst, Harnretention war selten. Die Sinnesorgane liessen folgende Veränderungen erkennen: Katarrh der Conjunctiva, besonders des Bulbus, Schmerzen und Thränen der Augen und ungewöhnliche Enge der Pupillen in der 2. Krankheitswoche. Nasenbluten, nie profus, trat in 5% der Fälle auf. Die Complicationen von Seiten des Gehörorgans waren sehr häufig; meist Erkrankungen des Mittelohrs; der Verlauf und Ausgang dieser Complicationen war auffallend günstig.

Die Symptome von Seiten des Nervensystems waren im Grossen und Ganzen den früheren Erfahrungen entsprechend. Hochgradige Prostration, heftiger Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Abgeschlagenheit, Schmerzen in den Kniekehlen, Hyperästhesie der Fusssohlen und meist absolute Schlaflosigkeit. Die Klagen über Kopfschmerzen verloren sich beim Einsetzen der Delirien im Beginn der 2. Woche; diese Delirien hatten sehr oft ein entschieden alkoholisches Gepräge. In der Reconvalescenz stellten sich die geistigen Functionen auffallend schnell und prompt wieder her. 3 mal traten während der Reconvalescenz psychische Störungen auf, Neuralgieen der verschiedensten Art waren häufig, motorische Störungen selten. Decubitus wurde 17 mal verzeichnet und erreichte meist eine ganz ausserordentliche Ausdehnung. Seltener waren Furunkel, circumscripte Gangrän und Phlegmone.

Die Erholung in der Reconvalescenz war, abgesehen von den Complicationen und Nachkrankheiten, überraschend schnell und vollständig, der Appetit war sofort äusserst rege, und es konnte nach wenigen Tagen zu einer kräftigen Ernährung geschritten werden. Hydrämische Zustände von kurzer Dauer kamen in einigen wenigen Fällen vor. Rückfälle wurden nie beobachtet. Die Mehrzahl der Patienten konnte 3—4 Wochen nach der Entfieberung das Spital verlassen. Als Todesursache steht die Herzschwäche in erster Reihe, demnächst Pneumonieen, Lungengangrän und Croup. Die Leichenbefunde entsprachen den früheren Erfahrungen durchaus. Die Diagnose des Flecktyphus ist nach S. häufig sehr leicht, häufig jedoch auch sehr schwierig. Besonders schwer kann in den ersten Tagen die Unterscheidung von Ileotyphus werden. Als erster und wichtigster Anhaltspunkt zur Diagnose des Flecktyphus wird natürlich immer der Nachweis einer Beziehung zu einem bekannt gewordenen Infectionsherde gelten. Für die differential-diagnostische Unterscheidung zwischen Flecktyphus und Ileotyphus gibt S. folgende Anhaltspunkte: Das plötzliche Einsetzen des Flecktyphus ohne erhebliche Prodome mit deutlich ausgeprägtem oder wiederholtem Schüttelfrost unter schnellem Ansteigen der Temperatur; die sogleich sich einstellenden schweren Allgemeinerscheinungen, der intensive Kopfschmerz, die schwere Benommenheit und Schlaflosigkeit, ferner die stets vorhandenen Klagen über Schmerzen und Thränen der Augen, Gliederreissen, Schmerzen in den Kniekehlen und Stuhlverstopfung. Die sehr hohe Temperatur be-

wegt sich selten unter 40° und bleibt continuirlich auf dieser Höhe. Ferner sind zu beachten die enorme Prostration, die Injection der Conjunctiva bulbi und ein eigenthümlich niedergeschlagener Gesichtsausdruck; in späteren Stadien die Heftigkeit und Gewaltsamkeit der Delirien und das allmählige Absinken der Temperatur in 2—3 Tagen. Das Exanthem ist mehr verwaschen und undeutlicher, die einzelnen Efflorescenzen in grösserer Zahl und über Rumpf und Extremitäten ausgebreitet; zuweilen tritt auch ein Exanthem am Vorderarm auf. Das Petecchialexanthem gewährt für die Diagnose die grösste Sicherheit. Auch ist noch die relative Betheiligung des Verdauungssystems von Werth, während aus dem Verhalten der Milz nichts zu schliessen ist. Der Bronchialkatarrh erscheint von diagnostischem Werth, wenn er früh aufgetreten und mit Expectoration sanguinolenter Sputa verbunden ist; zuweilen besteht auch Herpes. In späteren Stadien der Erkrankung, wenn der Pat. nicht mehr im Stande ist, anamnestische Angaben zu machen, wird es oft völlig unmöglich sein, eine sichere Diagnose zu stellen, da das Krankheitsbild sich oft wenig oder gar nicht von einer ganzen Reihe anderer Krankheitsprozesse unterscheidet. Den specifischen Flecktyphusgeruch, welchen Griesinger als modrig bezeichnet, glaubte S. in der That zuweilen wahrzunehmen, konnte ihn jedoch nicht als sicheres Kriterium verwerthen.

Therapeutisch erwiesen sich die Antipyretica als völlig erfolglos. In der 2. Woche war die Therapie wesentlich eine excitirende. Gegen die Schlaflosigkeit und die heftigen Delirien wurden grössere und kleinere Gaben Morphium mit Erfolg angewendet. Die Diät bestand während des Fiebers hauptsächlich aus Milch und Milchsuppen; häufig machte die Ernährung grosse Schwierigkeiten.

Kopp (München).

---

98. **F. Hermann, Der Skorbut im Jahre 1880; nach Beobachtungen aus dem Obuchow-Hospital.** (St. Petersb. med. Wochenschr. 1881, No. 3 und 4.)

In den letzten 18 Jahren sind in obigem Hospital 2680 Skorbutkranke verpflegt worden, darunter 4,14 % weibliche und 95,85 % männliche. Die Aufnahmen vertheilen sich in folgender Weise auf die einzelnen Monate:

	Krankenzahl:	Procentsatz:
Januar	82	3,06
Februar	136	5,07
März	250	9,32
April	346	12,91
Mai	586	21,86
Juni	551	20,55
Juli	394	14,70
August	141	5,26
September	53	1,97
Oktober	41	1,52
November	40	1,49
Dezember	60	2,23

Da es sich beim Skorbut um eine chronisch-konstitutionelle Blutdissolution handelt, müssen wir die Krankheitsursachen nicht in der Zeit der höchsten Krankheitsfrequenz, sondern in den vorangegangenen Monaten, im Winter und Herbst, suchen.

Auf das Jahr 1880 kamen 240 Kranke, davon 235 Männer und 5 Weiber. Die Krankheit betrifft meistens das Jünglings- und Mannesalter. Die Befallenen sind zum grossen Theil kräftige Leute, welche schwere Arbeit verrichteten. Weniger häufig trat der Skorbut sekundär, nach erschöpfenden Krankheiten auf: nach Rekurrens 14 Mal, nach Katarrhen der Digestionsorgane 10 Mal, nach Flecktyphus 8 Mal, nach alten Geschwüren 4 Mal, nach Abdominaltyphus 3 Mal, nach akutem Rheuma, Kontusionen und Knochennekrose 2 Mal, nach Pneumonie, Herzleiden, Apoplexie, Paralyse, Intermittens, Syphilis, Fraktur, Phlegmone, Gangrän und Erysipelas je 1 Mal. Der Alkoholgebrauch und Missbrauch scheint den Skorbut eher zu hemmen als zu fördern.

Eine stark ausgeprägte Stomacace fand sich in 24 %, mittelmässig in 40 %, schwach in 35 %. Nur in 16 Fällen (von 240) war die Stomacace das einzige Symptom. Die stärkere Schwellung, Lockerung, Missfarbe und Blutung des Zahnfleisches findet sich häufiger bei primärem Skorbut, während bei sekundärem das Zahnfleisch und die Gaumen mehr anämisch und atrophisch erschienen.

Lösung und Trennung der Rippenknorpel fanden sich 7 Mal; hämorrhagische Ergüsse in das subkutane und intermuskuläre Bindegewebe waren in fast allen Fällen vorhanden. Grössere Exsudate in das Kniegelenk kamen 3 Mal zur Beobachtung. Zu Kontrakturen und Pseudoanchylosen kam es 22 Mal. Einzelheiten über andere Symptome und Komplikationen sind im Original nachzusehen.

Die Mortalität betrug 15,80 %.

Die Behandlung des Leidens, welches alle den Stoffwechsel beeinträchtigende Momente hervorrufen können, war wesentlich eine hygieinische und diätetische. „Beinahe als Specifica betrachte ich Citronen, Wein und besonders Branntwein“. Gegen die Mundaffektion scheint es vortheilhaft, mit schleimig-aromatischen Mundwässern zu beginnen und später erst zu den rein adstringirenden überzugehen. Gegen die Rippenlösungen wurden fingerbreite Vesikatorstreifen wiederholt auf die getrennten Rippenfragmente gelegt, die Ekchymosen und Infiltrationen mit Fomentationen und Massage, die Kontrakturen durch anhaltende Streckung mittelst Gewichten behandelt.

E. Bardenhewer.

---

99. **Dr. Ripping** (Direktor der Prov.-Irrenanstalt zu Düren), **Ueber die Beziehungen der Syphilis zu den Geisteskrankheiten mit und ohne Lähmungen.** Vortrag im ärztlichen Verein des Reg.-Bez. Aachen. (Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 37, Heft 6.)

R. erkennt eine sogen. luëtische Psychose als zu recht bestehend nicht an. In Düren litten unter 690 aufgenommenen Geisteskranken 22, also 3,2 % früher oder zur Zeit an Syphilis, in Hildesheim unter

3017 Kranken 30, also 1 %, in Endenich von 273 27, also 9,8 %, als wirkliches ätiologisches Moment erkennt Oebeke neben Syphilis nur bei 14, also 5,1 % an, während bei den 13 Uebrigen ein ätiologischer Zusammenhang wenigsteus nicht nachweisbar war. Eine specifische Endarteriitis (Heubner) konnte R. weder in früheren noch in 4 neuen in Düren untersuchten Fällen konstatiren. Anders gestaltet sich dieses Verhältniss für die allgemeine fortschreitende Paralyse. In Düren litten von 22 früher Syphilitischen 9, also fast 41 % an Paralyse. Von den 75 aufgenommenen Paralytikern waren dagegen früher syphilitisch gewesen 12 %. Mendel fand unter 201 Paralytikern 117 mal frühere Syphilis d. i. 58 %. Unter 14 Erkrankungen, für welche vorangegangene Syphilis ätiologisch zu verwerthen war, fand Oebeke 6 d. i. 42,8 % Paralytiker, unter 24 zur Behandlung gekommenen Paralytikern demnach in 25 % ätiologische Syphilis. Der Angabe Snells, dass 75 % von dementia praralytica der Syphilis zur Last fallen, stimmt R. nicht zu, ebensowenig der Behauptung Fourniers, dass die syphilitischen Paralysen nur Pseudoparalysen seien, da im Verlaufe, wie bei der mikroskopischen Untersuchung der Gehirne post mortem keine wesentlichen Unterschiede aufzufinden seien. Die sogen. tabische Form der Paralyse zeigt nach Syphilis keine hesondere Häufigkeit. Die Syphilis ist nur sehr selten, wenn überhaupt direkte Ursache der Geistesstörung, weit häufiger Excesse in Baccho et Venere, unregelmässiges, an Gemüthsbewegungen reiches Leben, schlechte Ernährung und Entziehungskuren bei der Behandlung der Syphilis selbst. R. empfiehlt als Behandlung laue Bäder, intensiv roborirende Diät im weitesten Umfange, Jodkali und bei heruntergekommenen Kranken Jodeisen. Inunktionskuren wandte R. nicht an, weil dieselben fast in allen Fällen einoder mehrmals bereits gebraucht worden waren, ohne dass die Syphilis geschwunden oder die Geistesstörung ausgeblieben wäre.

Oebeke (Endenich).

---

100. **Dr. Moeli** (Berlin), **Ueber die Häufigkeit der Geistesstörungen bei Tabetikern.** (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd 37, Heft 5, 1881.)

Nach M. fehlen bisher bestimmte Angaben über das gleichzeitige Vorkommen obiger Störungen, da leichtere psychische Alterationen bei Tabeskranken in spätern Stadien, wo sie wegen ihrer Bettlägerigkeit nicht häufig unzweckmässige Handlungen begehen können, leicht übersehen werden, und in Hospitälern, wo der grösste Theil derselben verpflegt wird, ihrem psychischen Verhalten keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. M. fand in der Nervenklinik der Charité zu Berlin unter 89 Tabetikern 17 mit Geistesstörung. 10 derselben boten das Bild der allgemeinen Paralyse oder einfacher dementia, 4 hatten Verfolgungsideen und theilweise lebhafte Hallucinationen, bei 3 war eine hypochondrische Grundlage und bei einem von diesen Wahnideen vorhanden, basirend auf Parästhesien und Schmerzen. Es zeigen hier-

nach nicht alle Tabeskranken eine gewisse Dementia (Simons) und rein zufällig kann die verhältnissmässig grosse Zahl der geistigen Störungen auch nicht wohl sein, sie beträgt nämlich 19 %. Von Störungen in den Gehirunerven zeigte sich Sehnervenatrophie bei der Gesammtzahl der Tabetiker in 13,5 % (Erb 12,3 %, Gowers 15 %), bei den nicht geisteskranken nur in 8,3%, bei den zugleich geisteskranken in 35 %. Lähmung motorischer Augennerven fand sich für die gleichen Kategorien in 22 %, 15 %, resp. 47 %. Geistesstörung bestand also vorwiegend bei den Tabetikern, bei denen zugleich Störungen in den Hirnnerven vorhanden waren.

Oebeke (Endenich).

---

101. **F. Flint, A Case of Cysticercus Cellulosae in the Ventricles of the Brain; Sudden Death.** Ein Fall von Cysticercus Cellulosae in den Gehirnventrikeln; plötzlicher Tod. (Lancet 9. April 1881.)

Ein 17jähriger Zögling einer Schule in Scarborough hatte unter Tags an anstrengenden Körperübungen activen Antheil genommen, bekam darauf in der Nacht Erbrechen, klagte am folgenden Morgen über heftige Schmerzen im Hinterkopf, verfiel in Convulsionen, Coma und starb früh um 10 Uhr. Nachfragen ergaben, dass einige Zeit vorher allerdings Reizbarkeit, leichte Ermüdung bei geistiger und körperlicher Arbeit, ab und zu auch Kopfschmerz bestanden hatte, ärztlicher Rath war aber deswegen nicht eingeholt worden.

Die Autopsie ergab einen Blasenwurm in dem mit Flüssigkeit ausgedehnten linken Seitenventrikel. Dr. Cobbold, welchem der Parasit zur Untersuchung gesandt wurde, beschreibt denselben (Lancet 12. März) in unversehrtem Zustand als von Kirschengrösse, aufgerollt und auf ein Objectglas ausgebreitet 2 Zoll messend, und als ein Exemplar von Cysticercus Cellulosae mit sechs Saugnäpfen.

Die Bauchhöhle war bei der Section nicht eröffnet worden; Symptome von Bandwurm hatte der Patient zu Lebzeiten übrigens nicht gezeigt.

H. Port (London).

---

102. **T. Grainger Stewart, On Paralysis of Hands und Feet from Disease of Nerves.** Ueber Paralyse der Hände und Füsse durch Nervenerkrankung. (Edinburgh. Med. Journ., April 1881.)

G. St. veröffentlicht 3 Fälle, sämmtlich spontane Formen verbreiteter Neuritis verbunden mit Schmerzhaftigkeit, Lähmungen und Atrophien. Die Erscheinungen blieben auf die unteren Abschnitte der Extremitäten beschränkt und waren besonders hervortretend an den am meisten peripher gelegenen Theilen. Der Process hielt sich nicht an die Verbreitungsbezirke einzelner Nerven, sondern betraf die be-

schriebenen Regionen gleichmässig. Zwei der Fälle endeten nach ca. 9 monatlicher Dauer in Genesung; in dem dritten erfolgte Tod durch eine intercurrente Pneumonie, und dieser Fall soll mit dem Sectionsresultat hier mitgetheilt werden.

Der 31jährige Hotelwirth G. F. bemerkte Anfang August 80 Schwäche in den Unterschenkeln und bald darauf ebendaselbst prickelnde Schmerzen, die allmählig zunahmen. Gegen Ende October stellten sich ähnliche Sensationen in den Fingern ein, bald darauf in den Händen; dabei Abnahme der Muskelkraft und Steifigkeit. Pat. wurde am 8. Nov. ins Edinh. Roy. Infirmary aufgenommen.

Status praesens. Pat. klagt über prickelnde Schmerzen in beiden Unterschenkeln vom Knie herab bis zum Dorsum pedis mit Taubheit und Kältegefühl in den Zehen und Fusssohlen; ähnlich aber in geringerer Ausdehnung an den Händen. Gürtelgefühl, Formication oder Schwindel sind nicht vorhanden. Tastgefühl an den Beinen unterhalb der Kniee herabgesetzt, ebenso an den Händen. Verlangsamung der Empfindungsleitung und Schwierigkeit in der Localisation der Eindrücke. Sensibilität für Hitze, Kitzeln und schmerzhafte Eindrücke vermindert. Der Muskelsinn, normal an den Händen, ist kaum vorhanden im rechten Fuss und abgeschwächt im linken. — Kein Hautreflex an den Fusssohlen. Cremaster- und Bauchreflex gut ausgesprochen, Patellarsehnenreflex fehlt auf beiden Seiten. Kann Füsse und Hände nur sehr unvollkommen bewegen. Die Finger bleiben in halber Flexion stehen. Electromuskuläre Erregbarkeit beträchtlich herabgesetzt an den Unterschenkeln und Vorderarmen, besonders in Bezug auf die Strecker, Bewegungsversuche verursachen dem Patienten grosse Schmerzen. — Die Sphincteren agiren normal.

Am 17. Nov. wurde einige Besserung in den Symptomen constatirt, einige Tage später aber bekam Pat. eine doppelseitige Pneumonie, welcher er am 4. Dec. erlag.

Die Autopsie wurde von Dr. Hamilton gemacht:

Befund im Gehirn im Wesentlichen negativ. Das Rückenmark war normal in den oberen Hals- und den unteren Dorsalregionen. In der Halsanschwellung dagegen und in geringerem Grad in der Lendenschwellung fanden sich dem Anschein nach unzweifelhafte Züge von secundärer Degeneration. Dieselben hatten scharf markirte Ränder, waren aber sonst nicht sehr hervortretend, und betheiligten nur die Goll'schen Stränge und den äussersten Theil der Seitenstränge, vorzüglich nach hinten zu.

Der Medianus, Ulnaris und Tibialis zeigten sehr auffallende Veränderungen. Im Querschnitt bei schwacher Vergrösserung betrachtet erschien ein Theil der Nervenbündel vollständig zerstört wie durch fettige Degeneration; andere waren nur theilweise verändert, wieder andere verhältnissmässig normal. Im Ulnaris beiderseits war die Degeneration weniger ausgesprochen wie in den Medianis. In den letzteren befand sich kaum ein normales Nervenbündel.

Stärkere Vergrösserung (300) liess erkennen, dass die Zerstörung mit einer Anschwellung des Achsencylinders ihren Anfang nahm, wodurch sich im Verlauf der Nervenröhre eine Anzahl spindelförmiger Körper bildeten. Die theilten sich, wenn sie zu einer bestimmten

Grösse gekommen waren, in eine Anzahl rundlicher Körper von verschiedenem Umfang. Dieselben waren ganz homogen und in jeder Beziehung von der Beschaffenheit gewöhnlicher Colloidkörper. Der Achsencylinder war so in seinem ganzen Verlauf degenerirt. In einer Anzahl Bündel war der Achsencylinder vollständig verschwunden und nur fibröses Gewebe zurückgeblieben. — Zwei Stränge vom Brachialplexus wurden untersucht. In keinem zeigte sich der krankhafte Process in der Weise, wie in den mehr peripher gelegenen Nerven. Die geringen Veränderungen, welche Hamilton darin fand, schob er auf secundäre Degeneration. In den Ischiadicis wurde gleichfalls nichts wesentliches gefunden.

Die Muskel- und Nervenendigungen wurden nicht untersucht.

Grainger Stewart kommt nun sowohl vom klinischen Bild wie dem pathologischen Befund zu dem Schluss, dass es sich hier um einen peripheren Nervenprocess, nicht um eine Primäraffection des Rückenmarks gehandelt habe. Der Befund im Rückenmark entspräche genau dem der secundären Degeneration. Merkwürdig bleibe nur, dass der krankhafte Process nicht durch directe Continuität nach oben sich fortgepflanzt haben könne, denn die vom Brachialplexus und den Ischiadicis untersuchten Theile wären ohne besondere Veränderungen gefunden worden.

Port (London).

---

103. Prof. Dr. H. Nothnagel, Ein Fall von coordinatorischem Stimmritzenkrampf. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, S. 304.)

Eine durch schwere rasch aufeinander folgende Schicksalsschläge heimgesuchte 36 jährige Frau erkrankte mit nervösen Erscheinungen: Starkes Zittern bei jeder Erregung und gedrückte Gemüthsstimmung, dazu kamen Sprachstörungen in der Form der „Dysphonia spastica“ (Schech). P. sprach unter cyanotischer Verfärbung des Gesichts mit „gepresster“ Stimme; bei jeder Intonation schloss sich die Glottis krampfhaft. Nach 4 Monate langer vergeblicher Behandlung konnte P. gar keinen Laut mehr hervorbringen, litt an Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Schmerz im Kehlkopf und im Thorax beim Versuch zu sprechen, bei jeder Erregung an allgemeinem Tremor. Beim Versuch zu sprechen werden Lippen und Zunge etwas schwerfällig bewegt, die Bauchmuskeln exspiratorisch kontrahirt, es entsteht Cyanose, aber kein Laut wird hervorgebracht. Laryngoskopisch sieht man beim Phoniren die Stimmbänder sich plötzlich ohne Spalt, ja fast übereinander gelagert schliessen. In- und Exspirationsstrom dagegen passiren die Glottis bei normaler Weite. Blasen und Hauchen ist jedoch selbst bei grosser Anstrengung unmöglich. Zufällig eintretender Husten ist „wie im Normalzustande laut und klangvoll“. Einige Male traten Anfälle von dem Charakter des Spasmus glottidis inspiratorius (hystericus) auf. Lungen- und Herz-Befund waren stets normal, ebenso fand sich im Kehlkopf keine anatomische Veränderung. Der Fall unterscheidet

sich von den bisher beschriebenen nur dadurch, dass P. nicht blasen und hauchen konnte, während doch der reflectorisch oder unwillkürlich erfolgende Husten klangvoll war. Der Stimmritzenkrampf erfolgte also „bei jeder willkürlichen Innervation der die Glottis verengernden Muskulatur, nicht blos bei der phonatorischen Innervation; er bleibt dagegen aus bei der unwillkürlichen und reflektorischen Innervation". N. hat daher für die Bezeichnung „phonischer Stimmritzenkrampf" den Namen „coordinatorischer Stimmritzenkrampf" gewählt; er hält eine centrale Innervationsstörung für das Wahrscheinlichste und stellt den Zustand „wie frühere Autoren" in Parallele zu dem sog. Schreibe-, Klavierspieler- u. s. w. Krampf. Wie bei diesen coordinatorischen Krämpfen in frischen Fällen, so wurde auch hier ein Erfolg nur durch Anordnung von „gänzlichem Aufhören der willkürlichen Bethätigung der betheiligten nervösen Apparate" erzielt.

Stintzing (München).

---

104. **Germain Sée, Diagnostic de la Dyspepsie et du cancer de l'estomac.** Zur Diagnose der Dyspepsie und des Magenkrebses. (L'Union médicale 1881. No. 41.)

Verf. stellt 4 Kategorien von Magenkrebs auf. Bei den beiden ersten, dem in Gestalt eines palpabeln Tumors sich entwickelden und dem (42 % aller Fälle) zu Blutungen Veranlassung gebenden Carcinom ist die Unterscheidung von einfacher Dyspepsie bei genügender Beobachtungszeit nicht schwer. Die 3. Kategorie umfasst diejenigen Formen des Magenkrebses, bei denen die beiden angeführten Symptome fehlen und Erscheinungen auftreten, die denen bei Dyspepsie aus andern Ursachen ähnlich sind. Verf. stellt folgende Unterscheidungsmerkmale auf. Die Schmerzen des Dyspeptischen sind sehr variabel in Dauer und Intensität und zeigen sich meist nach der Aufnahme von, besonders fetten, Speisen. Es ist mehr ein Gefühl von Schwere und Brennen im Magen als wirklicher Schmerz. Leichter Druck, Entweichen von Gasen, oft Einführung geringer Mengen neuer Speisen lindern ihn. Ist er in seltenen Fällen heftiger, so strahlt er nach den verschiedenen Theilen des Thorax oder nach dem Rücken aus. Der Schmerz bei Krebs, der in 92% der Fälle vorhanden ist, ist heftiger, bald lancinirend, bald zusammenschnürend, und wird durch die angeführten Momente nicht gelindert. Bei Dyspepsie besteht immer ein gewisser Grad von Tympanie, bei Krebs nur, wenn derselbe am Pylorus sitzt; die oft beträchtliche Auftreibung des Magens lässt sich dann percutorisch nachweisen. Die Gase, die bei der Tympanie Dyspeptischer entweichen, stammen aus Magen und Darm, hauptsächlich CO_2 und H; die Gase bei Ausdehnung des Magens in Folge von Krebs des Pylorus bestehen aus der verschluckten Luft und sind nie fötid. Bei Dyspepsie ist das Erbrechen nicht so häufig, wie saures Aufstossen mit Sodbrennen; bei Krebs, besonders wenn derselbe am Pylorus und Cardia sitzt, fehlt es nie und bestehen die erbrochenen Massen anfangs

aus Schleim und Speichel, dem sich später Speisefragmente, Sarcine und Krebsstückchen beimischen. Dass letztere selten zur Beobachtung kommen, beruht auf ihrer Veränderung durch die verdauende Kraft des Magensaftes. Appetitlosigkeit findet sich bei 85% der Fälle von Magenkrebs; sie ist beständig und äussert sich entweder gegen alle Speisen in gleicher Weise oder gegen einige besonders, so namentlich gegen Fleisch. Bei Dyspepsie kann ganz normaler Appetit vorhanden sein; er fehlt selten vollständig; der Widerwille gegen einzelne Speisen ist nicht so ausgesprochen und dauernd, wie beim Krebs. Die Verdauungsschwäche ist beim Krebs stets vorhanden und dauernd; sie ist nicht die Folge eines begleitenden Katarrhs, sondern beruht auf der in der Qualität und Quantität ungenügenden Absonderung von Magensaft und ist proportional der Anzahl der krebsig entarteten Drüsen. Die Verdauungsschwäche ist gegen schwere und leichte Speisen in derselben Weise ausgesprochen, während bei der Dyspepsie letztere noch verdaut werden. Es ist nicht richtig, dass beim Krebs die einzelnen Krankheitserscheinungen unaufhaltsam voranschreiten, es gibt bei ihm ebenso wie in der Dyspepsie Remissionen, oft von ziemlich langer Dauer. Aber während in diesem Falle bei Letzterer die Kranken sich vollständig erholen, behalten die Krebskranken ihr kachectisches Aussehen und nehmen nur unbedeutend an Kräften und Körpergewicht zu. Das Alter der Kranken hat nach Verf. für die Differentialdiagnose zwischen Krebs und Dyspepsie nur geringen Werth; er hat ersteren schon bei einem 24jährigen Manne beobachtet, während in einem andern Fall von präsumirtem Krebs bei einem Greis von 70 Jahren Heilung eintrat. Verf. bestreitet ferner, dass sich aus einer Dyspepsie in Folge von chronischem Katarrh oder andern Ursachen Krebs entwickeln könne; in solchen Fällen ist Letzterer nur im Anfang verkannt worden. Die vierte Kategorie umfasst diejenigen Formen des Magenkrebses, die latent und oft ohne stärkere locale Störungen verlaufen und mit denen Erscheinungen von Dyspepsie anämischen Ursprungs verbunden sind. Für Krebs spricht in solchen Fällen das Vorhandensein von Hydrops, das charakteristische kachectische Aussehen, das gleichzeitige Bestehen geschwollener und verhärteter Drüsen in der Claviculargegend, die Verarmung des Blutes an festen Bestandtheilen und zuweilen das Auftreten verschiedener nervöser Störungen.

Brockhaus (Godesberg).

---

105. **Beneke (Marburg). Ueber die Länge des Darmkanals bei Kindern, so wie über die Capacität des Magens Neugeborener.** (Veröffentlichung der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin.)

Redner theilt die Aetiologie der gesammten Krankheiten besonders die constitutionellen in 4 Gruppen ein, einmal in die diätetischen Schädlichkeiten, die ungünstigen äussern Lebensverhältnisse, Wohnung, Luft etc., dann in die psychischen Einflüsse, endlich in die anatomische Anlage. Redner hat, da er sehr häufig die 3 ersten ätiologischen

Momente ausschliessen musste, genaue anatomische Messungen vorgenommen. So hat er gefunden, dass in den verschiedenen Lebensaltern im Vergleich zur Körperlänge die Weite der arteriellen Gefässe sich vollständig verschieden verhält; bei Neugeborenen sind dieselben relativ zur Körperlänge am weitesten; besonders sind die Carotiden und die Subclaviae ausserordentlich entwickelt, so dass die Weite der Halsgefässe für die Entstehung der häufigen Gehirnkrankheiten im kindlichen Alter nicht ohne Bedeutung ist. So hat Redner die relativen Grössenverhältnisse der einzelnen Organen zu ermitteln gesucht, die der Lunge, Leber, Herzens, Milz, Nieren und in der letzten Zeit auch des Darmkanales; so hat er denn als feststehende Thatsache gefunden, dass neugeborene Kinder bis zum 9.—12. Jahre einen relativ zur Körperlänge bedeutend längeren Darmkanal besitzen als Erwachsene. Die Länge des Dünndarmes zur Körperlänge bei Neugeborenen verhält sich annähernd wie 570 : 100, im 2. Lebensjahre wie 660 : 100; von der Zeit des vollendeten Wachsthums an, ist das Verhältniss = 450 : 100. Es erscheint auf diese Weise einleuchtend, dass die Kinder, wie Förster gefunden hat, die Milchnahrung fast um die Hälfte besser ausnutzen als Erwachsene; dann hat Redner die Capacität des Darmes bestimmt, indem er denselben mit Wasser füllte, und hat gefunden, dass dieselbe bei Kindern entschieden grösser ist als bei Erwachsenen. Redner zieht daraus den Schluss, dass in dieser relativ beträchtlichen Grösse der Darmfläche eine der Bedingungen liegt für die Möglichkeit des Wachsthums eines Individuums; zu der Zeit, wo das Wachsthum aufhört ist die Länge und die Capacität des Darmkanales bezogen auf Körperlänge und Körpergewicht bedeutend geringer als bei kindlichen Individuen.

Bei Erwachsenen hat Redner eine sehr verschiedene Länge des Darmes gefunden; er fand bei Gesunden auf 100 ctm Körperlänge eine Dünndarmlänge von 407 ctm, bei Fettsüchtigen betrug dieselbe im Mittel 447, bei Phthisikern 313 ctm; Verfasser glaubt so, wenn auch nicht die Ursache der Phthise und der Fettsucht, so doch ein Moment gefunden zu haben, das berücksichtigt zu werden verdient, und fordert desshalb zu weiteren Beobachtungen auf.

Das „Schütten" der Kinder sofort nach der Mahlzeit führt Redner auf die geringe Capacität des Magens zurück; dieselbe variirt bei Neugeborenen ausserordentlich; sie beträgt bei Gesunden in den ersten Tagen 35—43 cctm und steigt dann bis zum 2. Lebensjahre auf 740 ctm.

In der Debatte bemerkt Herr Zuelzer, dass bei Völkern, die vorwiegend vegetabilische Kost genössen und einen langen Darm hätten, wie Russen, Irländern, Oberschlesiern bei Typhus recurrens und Flecktyphus immer eine grosse Mortalität der Erkrankten vorkömmt, was vielleicht durch die grössere resorbierende Fläche bedingt sei.

Kohts (Strassburg).

---

106. **R. v. Jaksch, I. Ueber Peptonurie bei acutem Gelenkrheumatismus.** Aus der I. med. Klinik in Prag. (Prag. med. Wochenschrift 1881. Nr. 7 und 9.)

— **II. Pneumocystovarium, ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Peptonurie.** Aus der I. med. Klinik in Prag. (Ibid. 1881. Nr. 14, 15.)

I. In einer Reihe von Fällen (12) von acutem Gelenkrheumatismus, bei denen Verf. auf das Vorkommen von Pepton im Harn achtete, gelangte derselbe zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Peptonurie kömmt constant im Verlauf des acuten Rheumatismus vor.

2. Sie tritt in gewissen Stadien desselben auf und zwar dann, wenn die Gelenkaffectionen rückgängig werden.

3. Ihr Auftreten ist unabhängig von dem Gang der Temperatur.

4. Die Intensität derselben hängt ab von der Intensität und Extensität der Gelenkaffection und von der Schnelligkeit der Resorption der Gelenksexsudate.

5. Sie überdauert den Ablauf der Gelenkaffection höchstens 3mal 24 Stunden.

Auffällig ist die Analogie dieses Verhaltens mit dem bei Pneumonie und anderen Entzündungsprocessen. Auch Meisner und Hofmeister constatirten Verlaufe der Peptonurie, die eine ähnliche Steigerung bei Abnahme des Processes erfuhr. Nach Verf. handelt es sich beim acuten Gelenksrheumatismus zweifellos um zellreiche Exsudate, durch deren Resorption das Auftreten des an die Zellen gebundenen Peptons (Hofmeister) im Harn zu erklären wäre. (Die Untersuchung auf Pepton geschah mittels der von Hofmeister angegebenen Methode; s. Zeitschr. f. phys. Chemie, Bd. IV, H. IV. S. 260.)

II. Bei einer 27jährigen Frau findet sich ein grosser Abdominaltumor, der sich bei der Untersuchung als Cystovarium erweist. Da bei Erschütterung des Tumors ein weithin vernehmbares metallisches Glucksen hörbar wird, und über dem Tumor in grosser Ausdehnung tympanitischer Percussionsschall sich constatiren lässt, wird die Diagnose Pneumocystovarium gestellt. Vorherrschend sind hartnäckige Stuhlverstopfung, gastrische Beschwerden, andauerndes Erbrechen — dabei rapider Kräfteverfall. In der ersten Beobachtungszeit kein Pepton im Harn nachweisbar. Am 8. Tage nach der Aufnahme fällt die plötzlich eingetretene bedeutende Abnahme des Umfangs des Unterleibes auf, der Tumor selbst erscheint beträchtlich kleiner, die metallischen Geräusche sind verschwunden — kein Fieber; der jetzt entleerte Harn gibt intensive Peptonreaction, die bis zum Tode andauert, woraus Vf. den Schluss zog, es handle sich hier um rasche Resorption von Eiter, wahrscheinlich von dem sich in die Peritonealhöhle hinein entleerenden Tumor herrührend. (Im Erbrechen sowie in den Faeces fand sich nichts vor, was für die Annahme einer Perforation des Tumors in den Darmkanal hätte sprechen können.) In den folgenden Tagen zunehmende Verkleinerung des Tumors, Erbrechen (zuletzt faeculent)

anhaltend, icterisches Aussehen des Kranken, worauf abermaliges Anwachsen des Tumors zu seiner früheren Grösse nebst Wiederkehr der physicalischen Symptome. Bei der Section fand sich eine erweiterte mit Gas gefüllte Dermoidcyste, welche in die Bauchhöhle perforirt war, nebstdem Achsendrehung des Dünndarmes. Das Auftreten der Peptonurie ist nach Vf. im vorliegenden Falle für die Diagnose um so werthvoller, als alle anderen Erscheinungen, welche in der Regel derartige Vorgänge zu begleiten pflegen, gefehlt hatten.

E. Schütz (Prag).

---

107. Dr. G. v. Liebig (Reichenhall), **Die Nährsalze und die Molke.** (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 13.)

„Bezüglich des Auftretens der Nährsalze im Körper darf als bekannt angenommen werden, dass die Form der eiweisshaltigen Gewebe an einen bestimmten Gehalt von Erdphosphaten und von Eisen untrennbar gebunden ist, dass ausserdem in der Asche der Muskeln, des Gehirns, der Leber, der Milz und der Blutzellen die Kalisalze, das Kaliphosphat und das Chlorkalium, und in der Asche der Blutflüssigkeit, der Lymphe und der Secrete die Natronsalze vorwiegend vertreten sind."

Obgleich die Menge dieser Nährsalze nur 1—1½ % der frischen Organe beträgt, so darf doch die Verminderung derselben eine bestimmte kleine Grösse nicht überschreiten, ohne die Leistungsfähigkeit und selbst das Leben zu gefährden.

v. L. erörtert nun nach den Arbeiten von J. Forster, E. Kemmerich, J. Lehmann und Erw. Voit die Rolle der Nährsalze.

Die im Normalzustand in den Organen und im Blute vorhandene Menge an frei beweglichen Salzen muss dazu dienen, die innere Arbeit des Körpers zu unterhalten.

Im Leben wird die Erhaltung eines Vorrathes von freien Salzen dadurch begünstigt, dass der Körper die Fähigkeit besitzt, Nährsalze auf kurze Zeit aufzuspeichern. Die Entwickelung und die Thätigkeit der Organe wird durch eine reichliche Zufuhr der Nährsalze in hohem Grade gefördert.

Junge Schweine desselben Wurfes wurden verschieden gefüttert; a mit Fleischmehl, Kartoffeln, Zusatz von Kalisalzen und Kochsalz; b ebenso mit Zusatz von Kalksalzen und Kochsalz; c nur mit Kartoffeln und Kochsalz. Nach 126 Tagen wog a = 145,5 Pfd., b = 137 Pfd. und c = 60 Pfd.; a hatte die grösste Fresslust, eine schöne glänzende Haut und die grösste Munterkeit, b das stärkste Skelett, c rachitische Knochen.

v. L. vergleicht die a-Fütterung mit der Ernährung der Kinder besserer Stände, die mit einer an Kalisalzen reichen, an Kalksalzen armen Fleisch- und Eierkost aufgezogen werden, während man die den Ansatz des Fleisches und Fettes befördernde Mehlkost und die kalkreichen grünen Gemüse möglichst zu vermeiden sucht.

Die Bedeutung des Kalkes erstreckt sich aber nicht allein auf die Ausbildung der Knochen, er ist sehr wesentlich für die Gesundheit

aller Organe und er scheint ausserdem die Bindung des Eisens an die Gewebe zu vermitteln. Bei Fütterung mit frischem Fleisch, Speck und destillirtem Wasser waren nicht nur alle Organe sehr kalkarm, die Knochen rachitisch, sondern es ergab sich eine Verminderung des Eisengehaltes aller Organe, obgleich in der kalkarmen Nahrung Eisen genug enthalten war. Es fehlten dem Gehirn 49 %, den Muskeln 8 %, dem Blute 25 % Eisen; Blutzellen und Haemoglobin hatten abgenommen.

Ueberträgt man diese Ergebnisse auf den Menschen und stellt wachsende Menschen mit Reconvalescenten und geschwächten Personen in eine Reihe — so können die Salze der Heilquellen, so weit sie nur der inneren Arbeit dienen, wie das Kochsalz, eine Zunahme und Kräftigung der Organe nicht direkt bewirken. Sie unterhalten nur die Sekretionen und führen die Produkte des organischen Zerfalles rascher fort, schaffen also Raum für Ernährung und Neubildung. Die Quellen, welche den Aufbau unmittelbar befördern, sind die kalk- und eisenhaltigen, in noch höherem Grade die Molke, weil sie neben den phosphorsauren Erden noch die Kalisalze in grösserem Verhältniss einschliesst.

Die Obstsäfte und der Traubensaft enthalten hauptsächlich das Kaliphosphat. Die Molke enthält (nach J. Lehmann) 6,4 p. M. Aschenbestandtheile, davon 3 Chlorkalium, 1,4 Kaliumphosphat, 1,3 Erdphosphate, darunter 0,9 Kalkphosphat. Ein Liter Molke täglich gewährt also dem Körper einen erheblichen Zuschuss an Kalisalzen und Erdphosphaten. Bei Schwächezuständen, unter welchen Ernährung und Blutbildung Mangel leiden, sind die Molken von je her gegeben worden, und eine Verbindung von Eisenpräparaten mit Molkengebrauch findet häufig Anwendung. Durch die obigen wissenschaftlichen Ergebnisse werden also die alten Regeln der Praxis neu bewährt und dauernd gestützt.

R.

Neue Bücher.

Abadie, Leçons de clinique opthalmologique. Paris, Doin. 7 fr.

Bernhardt, Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste. Berlin, Hirschwald. 8 M.

Chambard, Du Somnambulisme en générale, nature analogie, signification, nosologie et étiologie avec observations de somnambulisme histérique. Paris, Doin. 4 fr.

Dupuy, Manuel d'hygiène publique et industrielle ou résumé pratique des attributions des membres des conseils d'hygiène. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 7 fr. 50 cts.

Fodor, Hygien. Untersuchungen über Luft, Boden und Wasser, insbesondere auf ihre Beziehungen zu den epidemischen Krankheiten. I. Abtheilung: Die Luft. Berlin, Hirschwald. 4 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **4. Mai.** **Nro. 8.**

108. Dr. B. Lachmann, Klinische und experimentelle Beobachtungen aus der Recurrensepidemie in Giessen im Winter 1879/80.

(Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII. Heft 5 und 6.)

Die Epidemie, welche von October 1879 bis April 1880 dauerte, umfasste 168 Fälle, von denen die meisten auf die Monate December und Januar entfielen. Es erkrankten viel weniger Frauen als Männer. Das Verhältniss war 1 : 8,4. Das von der Krankheit besonders bevorzugte Alter lag zwischen 25 und 35 Jahren. Die meisten Erkrankten waren geschwächte Individuen, meist heruntergekommene Handwerksburschen, die in den zur Winterszeit meist sehr überfüllten Herbergen von Giessen und Umgebung inficirt worden waren. Die Zahl der Hausinfectionen war eine geringe. Leicheninfection kam 1 mal vor. Die Mortalität war eine bedeutende und betrug 9,2 %. Hiefür macht L. besonders den Umstand verantwortlich, dass viele der Kranken bereits auf der Wanderung bei strenger Winterskälte mehrere Anfälle überstanden hatten, und in so desolatem Zustande aufgenommen wurden, dass sie noch in den ersten 24 Stunden zu Grunde gingen; ferner auch die überaus grosse Anzahl der Complicationen, die bei dieser Epidemie

beobachtet wurden. Der Leichenbefund in den 12 secirten Fällen war kurz folgender: Von den auf der Höhe des Anfalls gestorbenen wurden 5 secirt; bei ihnen fanden sich mit einer Ausnahme, die für Febris recurrens pathognomonischen Herde in der Milz, welche jedoch L. nicht als Infarcte, sondern als durch traumatische Einwirkung entstandene Milzabscesse gedeutet wissen will; dann starke Entzündung der Bronchialschleimhaut und lobuläre pneumonische Herde, leichte parenchymatöse Trübungen in Leber und Nieren, leichte katarrhalische Veränderungen im Digestionstractus, und Verfettung der Herzmusculatur und anderer Muskeln, besonders der Wade. In einem Falle zeigten alle Organe mit Ausnahme des Gehirns ausserordentlich zahlreiche Blutungen. Bei den übrigen, während der Intervalle gestorbenen Kranken war als besonders characteristisch die Combination von croupöser Pneumonie, Pachymeningitis hämorrhagica und Nephritis hervorzuheben. Constant fanden sich aus der Anfallszeit herrührend: Veränderungen der Milz.

Das einzige Symptom, aus dem im Anfange der Erkrankung Febris recurrens mit absoluter Sicherheit erkannt werden kann, ist die Anwesenheit der Obermeier'schen Spirillen im Blute. Doch können auch sie im Anfalle zu manchen Zeiten vermisst werden. Das erste Auftreten der Spirillen war ein sehr wechselndes. Die Behauptung Heydenreichs, dass das Erscheinen der Spirillen einer jeden Temperaturerhöhung überhaupt vorangehe und dass die Re- und Intermissionen während des Fieberstadiums mit dem Absterben von Generationen von Spirochaeten zusammenhängen, hält L. auf Grund eigener und anderer Erfahrungen für unrichtig. Bis jetzt stehen nur folgende Facta fest: Im Anfall sind Spirillen, auch wenn die Temperaturen subnormal sind, da. Während der anfallsfreien Zeit fehlen sie. Die Spirillen erscheinen mehr weniger spät nach Beginn des Anfalls, nehmen im Ganzen mit der Dauer des Anfalls zu; gegen Ende desselben verschwinden sie ziemlich plötzlich. — Dass der Tod der Spirillen durch die schädliche Wirkung der excessiven Temperaturen bewirkt werde, ist nicht wahrscheinlich. Im Gegensatz zu früheren Beobachtern fand L. in den Leichen der 6 auf der Höhe des Anfalls Gestorbenen die Spirillen immer. Die längste Zeit in der sie lebend angetroffen wurden betrug 4 Stunden nach dem Tode. Die aus der Leiche entnommenen Spirillen erhalten sich fast noch 3 Tage lebend, während bereits nach 6 Stunden die Spirillen in der Leiche leblos waren. Sie fanden sich stets in allen Blutgefässen, nie im Parenchym der Organe. In einem Falle zeigte sich auch das zuerst von Heydenreich beschriebene Phänomen der Kältestarre der Spirillen. Gemachte Uebertragungsversuche der Spirillen auf Hunde, Kaninchen und Mäuse scheiterten sämmtlich; auch die Züchtungsversuche ergaben keine Erfolge. Dagegen wurde mit einer andern Versuchsanordnung ein Resultat erhalten. Es ergab sich nämlich, dass eine Weiterentwicklung der Spirillen ausserhalb des Organismus unter gewissen Verhältnissen möglich ist. (Ueber Anordnung und Zahl der Versuche vgl. d. Orig.)

Dass sich der Typus des Fiebers im Laufe verschiedener Epidemieen erheblich änderte, wurde schon früher beobachtet. Auch in diesem Falle wurden bedeutende Differenzen verzeichnet. Im Ganzen

gestaltete sich der Fieberverlauf folgendermassen: Plötzlicher Beginn mit rapidem Ansteigen der Temperatur bis 40,0—41,5; starke Remissionen, die besonders auf den Morgen fielen und gegen 2—2½° betrugen, sehr selten Intermissionen, kurz vor dem Abfall kritische Perturbationen. Der Abfall betrug 5—6 seltener 7—8°; lytischer Abfall war sehr selten. Während der Apyrexie meist subnormale Temperaturen, häufig kurzdauernde plötzliche Erhebungen, die jedoch 40,0° nicht überschritten. Der zweite Anfall begann in der Regel gleichfalls plötzlich, die Remissionen waren noch häufiger und erreichten oft subnormale Temperaturen. Nach einer Apyrexie, welche länger als die erste und nur selten durch Temperaturerhebungen unterbrochen war erfolgte der dritte Anfall, welcher sich vom zweiten nur durch um einen Tag kürzere Dauer unterschied. Die mittlere Dauer der Anfälle war, im Ganzen eine etwas kürzere als die gewöhnlich beobachtete. Auffallend war das numerische Ueberwiegen der Kranken mit 3 Anfällen. Von sonstigen Recurrens-Symptomen erwähnt L. noch die Veränderungen der Stimme, die er von einer Parese der phonischen Muskeln beider Stimmbänder ableitet und Blutungen in die Haut.

Von den Complicationen stehen in erster Linie die Pneumonieen, welche in 11% aller Fälle vorkamen, und oft das lethale Ende herbeiführten. Relativ häufig waren Entzündungen der Hirnhäute, kurze Zeit nach der Krise auftretend. Die Symptome waren Benommenheit des Sensoriums bei subnormaler Temperatur, selten Delirien. 1 mal wurde auch Nephritis, 4 mal Decubitus beobachtet. Frostgangrän beider Füsse trat 3 mal auf bei Individuen, welche kurz vor der Aufnahme ins Spital der strengsten Winterkälte ausgesetzt gewesen waren. Die meisten Complicationen fallen auf die Zeit zwischen dem 1. und 2. Anfall, schwere Pneumonieen mit Betheiligung der Gehirnhäute stellten sich nach dem 2. Anfall ein. Unter den Nachkrankheiten stehen die Augenkrankheiten oben an; in 11 % aller Fälle wurden Iridochorioiditis, Iritis, Glaskörpertrübungen und Netzhauthämorrhagieen beobachtet. Häufig verzögerten Darmkatarrhe die Reconvalescenz. Seröse Infiltration des Unterhautzellgewebes ohne Albumenausscheidung im Urin ist 6 mal verzeichnet, sehr häufig waren leichtere Oedeme. Die Disposition zu Furunkeln war in der Reconvalescenz gross.

Die Therapie hatte nur negative Erfolge. Als einziges linderndes Mittel gegen die Muskelschmerzen erwiesen sich, abgesehen von den Narcoticis, fortgesetzte Priessnitz'sche Umschläge.

Kopp (München).

---

109. **Dr. med. Andrscheewsky, Die Malariaerkrankungen im Norden.** (Aus der medicotopographischen Beschreibung der Gewehrfabrik in Ischewsk.)

Im Allgemeinen ist die Meinung stark verbreitet, dass mit der immer weiteren Entfernung vom Aequator die Intensität der Malaria abnehme, in rauherem Klima aber sie sogar ganz verschwinde,

um nur eventuell in Folge von Aufrodung des Bodens, Trockenlegen der Sümpfe und anderer ähnlicher Umstände in mehr weniger kurzdauernden Epidemieen aufzutreten. Als nördliche Malariagrenze wird nach Bondin die Isotherme + 5°, nach Hirsch die Isotherme + 15°, + 16° C. angenommen, welche zwei Begriffe (für das Europäische Russland) sich fast decken. Dr. Andrscheewsky giebt uns aber in seiner Arbeit die Beschreibung einer Gegend, welche, an dieser Grenze selbst liegend, uns dennoch als ein so intensiver Malariaherd erscheint, wie wir ihm sonst nur in viel heisserem Klima zu begegnen gewohnt sind. Die Gewehrfabrik von Ischewsk bildet für sich einen ansehnlichen Flecken mit 22700 Einwohnern, der unter 56° 27′ N.-B. und 70° 39′ O.-L. liegt. Seine mittlere Jahrestemperatur, zwischen + 3,23° und — 0,68° R. schwankend, beträgt + 1,3° R. und vertheilt sich zwischen den Jahreszeiten folgendermassen: Frühling + 3,98°; Sommer + 13,14°; Herbst — 0,41; Winter — 11,51° R. Dabei ist die Witterung sehr unbeständig. Die Temperaturschwankungen binnen 24 Stunden können eine beträchtliche Höhe erreichen. Als nicht seltenes Beispiel kann folgendes dienen: 16. Mai 1872, 7 Uhr Morgens + 17,5°, 1 Uhr Nachmittags + 24° im Schatten, Südwestwind; 9 Uhr Abends 7,5°, starker Nordwest; in der Nacht Schnee und nächsten Morgen um 7 Uhr — 2° R. Die Differenz zwischen der mittleren Morgen- und Abendtemperatur einerseits und der um 1 Uhr Nachmittags andererseits, monatlich berechnet, ist folgende: März — 4,44°, Juli — 4,65° October — 2,43°, Dezember — 1,43° R.

Die atmosphärischen Niederschläge konnten leider nicht instrumental bestimmt werden, ebenso auch der Feuchtigkeitsgrad der Luft. Verfasser führt aber folgende Zahlen an, woraus ein gewisser Schluss über die Feuchtigkeitsverhältnisse der Luft in Ischewsk gezogen werden kann. Während des Jahres gibt es nämlich in Ischewsk 70 heitere Tage, 145 ½ trübe, 149 ½ Regen- und Schneetage; von den letzteren gehören je 42 ½ dem Sommer und Herbst an.

Die Gewehrfabrik von Ischewsk ist an dem Flusse Isch gelegen, der ein enges sumpfiges Thal in der Richtung von Norden nach Süden durchströmt und den Flecken in 2 gleiche Theile theilt. Dieser Fluss wird von einem über 600 m langen Damm durchschnitten (der Betrieb der Fabrik wird nämlich durch die Macht des Wassers gesichert), wodurch ein künstlicher See von 15 km Länge und bis zu 5 km Breite erzeugt wird. Das rechte Flussufer ist flach, das Grundwasserniveau ist dabei so hoch, dass es in allen Graben und Vertiefungen in Lachen ans Tageslicht tritt und in vielen Häusern direct unter dem Fussboden zu stehen kommt. Ebenso sind die Bodenverhältnisse im südlichen Theile des linken Flussufers beschaffen. Der bei weitem kleinere Theil des ganzen Fleckens geniesst bessere Bodenverhältnisse, indem er auf einem Hügel, der 200′ hoch über das Flussniveau sich erhebt, erbaut ist.

Das nächstfolgende Bild der Malariabewegung entnimmt Verfasser einem Zeitraum von 12 Jahren. Sie bildet 33,5% von der Gesammtzahl der Erkrankungen, 96,08% von der Gesammtzahl aller cymotischen. Im ganzen hat es während dieser Periode 16,429 Malariafälle gegeben, die sich folgendermassen eintheilen lassen: Intermittens quotidiana 8808,

tertiana 2330, quartana 1804, perniciosa 34, larvata 792, febris continua remittens 952, Cachexia paludosa (chronische Leber und Milztumoren) 1880, Hydrops ex cachexia paludosa 167, Icterus 42.

Die jährliche Curve der Malariaerkrankungen stellt uns zwei Maxima und zwei Minima dar. Die Gipfelpunkte fallen auf die Monate März und August, von welchen der letztere der höhere ist. Die Minimalzahl der Erkrankungen wird im Januar und Juli erreicht. Wenn wir unser Augenmerk auf die verschiedenen Typen richten, so sehen wir, dass die Tertiana im März und April prävalirt, die Remittens und Quotidiana aber im August. Die Quartanacurve erreicht ihren einzigen Gipfelpunct im October und senkt sich von da allmählig bis zu ihrem niedrigsten Punkt im Juli herab.

Unter der Intermittens perniciosa versteht Verfasser ausschliesslich Formen mit prävalirenden Erscheinungen seitens des cerebrospinalen Systems. Es sind:

1. Die soporösen und komatösen Formen, wovon eine Abart besonders gefährlich ist, vielleicht weil man seine Zuflucht zu spät zum Arzt nimmt. Sie besteht in einem augenscheinlich normalen, aber äusserst tiefen Schlaf; die Körpertemperatur ist häufig nicht, oder nur um einige zehntel Grad erhöht; Puls und Respiration fast normal; Reflexe anfangs vorhanden. Grösstentheils geht dieser Zustand in einen ausgesprochenen Sopor mit Delirien, eventuell Convulsionen, starker Temperatursteigerung und endlichem lethalen Ausgang über, oder der Schlaf wird immer tiefer, der Puls unregelmässig, die Athemfrequenz nimmt entweder zu oder ab, die Reflexe schwinden, und das Leben erlischt allmälig.

2. Die maniacalischen und melancholischen Formen.

3. Die aphasische Form mit ausgesprochener typischer Aphasie bei vollem Bewusstsein des Kranken.

4. Die epileptischen und

5. Tetanische Formen.

Die Formen der Intermittentes larvatae sind in der Gegend wirklich zahllos. Verfasser stellt sie in folgende Gruppen zusammen:

1. Die neuralgischen Formen, die Verfasser auf die eine durch Hyperämie bedingte Einklemmung des betroffenen Nerven in seiner Austrittstelle zurückführen will.

2. Die rheumatischen Formen, die als typische Muskel- oder Gelenkschmerzen fast immer mit sichtbarer Schwellung und Röthe der betroffenen Gelenke auftreten.

3. Die in Form von Entzündung verschiedener Organe auftretende Intermittens, wovon die Pneumonia crouposa intermittens tertiana die bekannteste ist.

4. Die hämorrhagischen Formen, welche in typischen Blutungen aus der Nase, dem Uterus, den Nieren, der Haut (purpura haemorrhagica) und anderen Organen erscheinen.

5. Formen mit erhöhter seröser Transsudation, darunter intermittirende seröse Durchfälle, die so profus sein können, dass sie das algide Cholerastadium simuliren. Hierzu gehört eine interessante Beobachtung Verfassers. Eine Jüdin, die an Endometritis chronica litt, bekam heftige Schmerzen in Kreuz und Hypogastrium, worauf eine be-

trächtliche Steigerung ihres Fluor albus eintrat, der bald in einen serösen, fast farblosen Ausfluss ausartete. Dieser Ausfluss war so stark, dass zwei Matrazzen unter Patientin damit fast durchtränkt waren. Jeder Anfall hinterliess grosse Mattigkeit und verlief ganz ohne Temperatursteigerung.

6. Paralytische Formen, die unter anderen als lebensgefährlicher Meteorismus, oder auch Blasenparalyse auftreten.

Verfasser ist der Meinung, dass die Malaria ausser diesen ausgesprochenen Formen ihren Einfluss noch beim Verlauf vieler anderer Krankheiten kundgebe, indem sie theils als Complication auftrete, theils den Verlauf selber typischer Krankheiten abändere. Das letztere will er nämlich bei den abdominellen und exanthematischen Typhen beobachtet haben, hauptsächlich was ihre Temperaturcurve betrifft. Die höchsten Temperaturen werden nicht selten gleich am ersten Tage erreicht, dann folgt ein mehr weniger continuirliches Fieber, wobei die tägliche Acme bis in die Morgenstunden verschoben werden kann, um mit fast regelmässig eintretendem intermittirendem Fieber (in mehreren Anfällen) zu enden. Das Sensorium soll bei solchen complicirten Typhen freier sein als sonst.

Endlich tritt Verfasser der verbreiteten Meinung entschieden entgegen, dass Gegenden mit stark entwickelter Malaria die Lungenschwindsucht wenig begünstigen sollen. Er giebt es für Malariaregionen mit heissem Klima zu; bei rauhem Klima aber will er einen perniciösen Einfluss der Malaria auf die Lungenkrankheiten bemerkt haben, und stellt das Sumpfgift sogar als ein ätiologisches Moment der Schwindsucht auf.

J. Stemler (Petersburg).

---

110. **Prof. Edlefsen** (Kiel), **Zur Behandlung der Epilepsie.** (Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holstein'scher Aerzte, April 1881. pag. 138—142.)

Kunze empfiehlt in seinem Lehrbuch der praktischen Medizin (3. Aufl. pag. 204) als eines der wirksamsten Mittel gegen Epilepsie das Curare und wiederholt diese Empfehlung in eindringlicher Weise in der Deutschen Zeitschrift für praktische Medizin Jahrg. 1877 pg. 81. Er hat das Mittel bei 35 Patienten versucht und in 9 Fällen völlige Heilung erzielt. Die ausführlichen mitgetheilten Fälle beweisen, dass das Curare auch bei den schwersten Formen der Epilepsie selbst nach vieljähriger Dauer der Krankheit und selbst dann, wenn die geistigen Fähigkeiten unter dem Einfluss der Krankheit bereits erheblich gelitten haben, vollständige Heilung herbeiführen, auch die gesunkene Intelligenz bis zu einem gewissen Grade wiederherstellen kann.

Edlefsen hat auf diese Empfehlung gestützt in einer Anzahl von Fällen schwerer Epilesie die Curarebehandlung versucht, weil die bisherigen Erfolge des Bromkaliums theils mit, theils ohne Atropin nicht so ermuthigend sind, dass sie eine wirksamere Therapie überflüssig machen.

Verf. hat das Curare in der von Kunze empfohlenen Form und Dosis angewandt, lässt aber die zu den Injectionen bestimmte Lösung vorher filtriren. Die Ordination ist folgende:

Curare 0,5, Aq. dest. 5,0, Acid. hydrochlor. gtt. 1, digere per 24 horas, dein filtra. Von dieser Lösung injicirt er alle 5 Tage 1/8, wohl auch 4/10 des Inhalts einer Pravaz'schen Spritze. Die Injection verursacht in der Regel weder erhebliche Schmerzen noch entzündliche Reactionserscheinungen; auch sind bei der angegebenen Methode nie Vergiftungserscheinungen aufgetreten. Es versteht sich von selbst, dass man sich der Güte und Wirksamkeit des Präparates vorher vergewissert haben muss.

Edlefsen hat das Mittel bisher in zwei Fällen von Hysteroepilepsie und 13 Fällen von wirklicher Epilepsie angewandt, in den beiden ersteren ohne allen Erfolg. Unter den 13 Fällen von wirklicher Epilepsie, die der Mehrzahl nach als schwere und veraltete zu bezeichnen sind, trat bei sechs Patienten in Folge der Curarebehandlung keine oder nur ganz vorübergehende Besserung ein; drei wurden vollständig und, soweit man bis jetzt urtheilen kann, dauernd geheilt. Bei drei Patienten wurde zwar keine vollständige Beseitigung der Anfälle, wohl aber erhebliche Verminderung derselben und selbst eine Unterbrechung für Monate erreicht, auch wo von der Curarebehandlung täglich mehrere sehr schwere Anfälle erfolgten. Ein Fall befindet sich noch jetzt in Behandlung und lässt nach den bisherigen Beobachtungen ein günstiges Resultat erwarten. In fast allen Fällen waren von der Einleitung dieser Behandlung verschiedene antiepileptische Mittel meistens lange Zeit ohne befriedigenden, oder dauernden Erfolg angewandt worden.

Ueber die 7 günstig verlaufenen Fälle wird einzeln berichtet; wir erwähnen folgende:

1. Eine 24 jährige Frau mit erblicher Belastung, welche ihre ersten Anfälle nach dem Eintritt der Pubertät, anfangs schwach, nur bei Nacht, Monate lang aussetzend, später stärker und immer charakteristischer in 8—14 tägigen Intervallen nur bei Nacht, erlitt. In Folge Gelenkrheumatismus erhebliche Steigerung des Uebels mit durchschnittlich 2—3 täglichen Anfällen bis zum 2. Februar 1878. An diesem Tage erste Curareinjection. Bis zur nächsten Injection am 9. Febr. kein Anfall. Am 16. Febr. dritte Injection. Inzwischen war ein starker Anfall erfolgt, der letzte, der überhaupt noch wieder eintrat, Fortsetzung der Behandlung bis Ende März; im Ganzen 10—11 Injectionen. Soweit bekannt ist die Heilung eine dauernde geblieben.

2. Ein 40jähr. phthisischer Maler, welcher seit vielen Jahren an Epilepsie litt und dessen Uebel sich trotz langer Anwendung von Bromkalium steigerte, wurde von Anfang December 1878 an mit vollständigem bis jetzt dauerndem Erfolge der Curarebehandlung unterworfen.

3. Mädchen von 10½ Jahren. Im 7. Lebensmonat 16 stündige Krämpfe; im 4. Jahre nach einem Fall auf den Hinterkopf fünftägige Krämpfe. Seit Anfang November 1880 fast täglich Krämpfe; durchschnittlich 2—3 Anfälle täglich. Beginn mit Aura, vollständige Bewusstlosigkeit 10 Minuten lang. 12. November 1880 Beginn der

Curarebehandlung (Solutio 10 : 0,1; davon beginnend mit $^1/_8$, steigend bis zu einer ganzen Pravaz'schen Spritze). Nach der ersten Injection noch ein schwächerer Anfall; seitdem blieben die Krämpfe aus und ist das Kind viel munterer und freier geworden.

In 3 weiteren Fällen von sehr schwerer Epilepsie, welche ausführlich erzählt werden, ist keine vollständige Heilung aber erhebliche Minderung der Häufigkeit und Intensität der Krämpfe eingetreten.

Verf. glaubt nach diesen Resultaten fernere Versuche mit dem Mittel empfehlen zu dürfen, indem es doch sehr erwünscht wäre, wenigstens einige Kranke heilen oder ihnen Besserung gewähren zu können. Eine Auswahl der Fälle scheint ihm noch nicht möglich zu sein, doch glaubt er am meisten bei nicht zu langer Dauer des Uebels Herstellung erhoffen zu dürfen. Wenn nach 4—5 Injectionen keine Wirkung ersichtlich wird, räth er von der Behandlung abzustehen. — Verf. ist sich darüber klar, dass das Mittel ein rein empirisches ist und dass wir, in Folge unserer Unkenntniss von dem Wesen der Epilepsie und den physikalischen Einflüssen des Curare, für jetzt eine Erklärung der Wirkung desselben auf einige Fälle von Epilepsie noch nicht zu geben im Stande sind.

Leo.

---

111. **Coelestin Nauwerk, Ueber Pneumonomycosis und Pharyngomycosis sarcinica.** (Correspondenzbl. f. schweizer. Aerzte Nr. 8.)

Seit Virchow zuerst, 1846, zwei Fälle von Pneumonomycosis sarcinica beschrieben hat, sind nur wenige einschlägige Beobachtungen (im Ganzen 7) veröffentlicht worden; N. vermehrt die Zahl derselben um 4 in der medic. Klinik zu Zürich beobachtete Fälle. Die vier Patienten litten an Phthisis pulmonum, einer derselben ausserdem an Addison'scher Krankheit. Drei derselben gelangten zur Section, unter ihnen der an Addison'scher Krankheit Leidende, bei dem sich unter Anderem eine Verfettung der linken Nebennieren und Verdickung der linken Hälfte des plexus coeliacus fand. Bei keinem der zur Necroscopie Gelangten war Sarcine im Magen nachzuweisen; auch bei dem 4. Patienten war kein Anhaltspunkt für die Annahme, die Sarcine sei erst secundär aus dem Magen in die Luftwege gelangt. Wohl aber fand sich bei einem der Verstorbenen in dem Schleimbelag des im Uebrigen vollkommen normalen Pharynx die Sarcine in enormer Masse und setzt sich von dort allmählig an Menge abnehmend in die Luftwege fort.

In Betreff der Aetiologie hebt N. hervor, dass zwei der Kranken mehrere Wochen lang nahe bei einander gelegen hatten. Im Uebrigen schliesst er sich der Ansicht Friedreich's an, dass der Pneumonomycosis meist eine Stomatomycosis und Pharyngomycosis sarcinica vorangehe.

N. kommt zu dem Schlusse, dass die Pneumonomycosis sarcinica als Krankheitsbegriff aus der Pathologie auszuscheiden sei. Die Sarcine

sei weder bis jetzt als direkte Ursache einer Lungenkrankheit sui generis nachgewiesen, noch sei sie im Stande schon bestehende Krankheitszustände in eigenthümlicher Weise zu beeinflussen. Auch glaubt N., dass sich die Sarcine bei gehöriger Aufmerksamkeit viel häufiger im Auswurf finden liesse, als es bisher der Fall zu sein scheine.

Ungar.

---

112. **Prof. Talma** (Leiden), **Bydragen tot de leer van het percusiegeluid.** Beiträge zur Lehre des Percussionsschalles. (Weekblad van het nederlandsch tydschrift voor geneeskunde. 1881 N. 10.)

Seit längerer Zeit mit Experimenten beschäftigt, durch welche die Entstehung des Percussionsschalles bewiesen werden könnte, theilt Verf. Folgendes über seine Resultate mit.

Um zu erfahren, ob bei der Percussion des Thorax die Schwingungen der in den Alveolen enthaltenen Luft den Schall verursachten, wünschte Verf. zuerst zu untersuchen, ob überhaupt in einer Luftmasse, die in elastisch gespannten Membranen eingeschlossen ist, stehende Wellen erzeugt werden können. Dazu dienten folgende Experimente.

Verf. schloss einen kleinen elastischen Ballon mit einem von zwei gläsernen Röhrchen durchbohrten Korke; das eine Röhrchen wurde mit einem Manometer, das andere mit einem Blasebalg verbunden. Klopfte Verf. auf den durch den Blasebalg in verschiedenem Masse ausgedehnten Ballon, so wurde den Ton nicht niedriger, wenn das Volumen des Ballons zugenommen hatte, wie es doch der Fall ist bei Resonatoren. Dies Experiment bewies, dass durch die elastische Spannung der Wand in der umschlossenen Luft keine stehende Wellen erzeugt werden konnten.

Wenn dies der Fall wäre, müsste ferner das Gesetz gelten, nach welchem die Schnelligkeit mit der Schallwellen durch ein Glas sich fortpflanzen im umgekehrten Verhältniss zur Quadratwurzel der Dichtheit des Gases steht.

Verf. füllte nun 2 auf obenbeschriebener Weise mit Manometer und Blasebalg verbundenen Ballons, so weit mit Luft, dass beide Manometer gleichen Druck anzeigten. Er notirte dann den bei der Percussion wahrgenommenen Unterschied in der Tonhöhe; füllte den einen Ballon mit Wasserstoff, bis dass in Beiden dieselbe Spannung erreicht war, percutirte aufs neue, und constatirte dass kein Unterschied in der Höhe des Tones zu Stande gekommen war.

Diese Versuche liefern nach Verf. den Beweis, dass der beim Percutiren des Ballons gehörte Ton abhängig ist von den Schwingungen der Wand.

Da in normalem Zustande das elastische Lungengewebe gespannt sei, könne man a priori annehmen, dass die Luft in den Lungenalveolen nicht in tongebende Schwingungen gesetzt werden könne. Zum Beweise stellte Verf. Versuche an mit aus der Leiche entfernten normalen

Lungen, deren Bronchi je mit Manometer und Gasreservoir verbunden wurden. Nachdem beide Lungen erst mit Luft gefüllt waren, sodass die Manometer gleichen Druck anzeigten, wurden auf der Pleura zwei Stellen notirt, die beim Percutiren denselben Ton oder Schall gaben. Verf. füllte dann die eine Lunge mehrere Male mit Wasserstoff, sodass alle Luft daraus vertrieben wurde.

Das Gasreservoir wurde endlich abgeschlossen, wenn das eine Manometer denselben Druck anzeigte wie das andere. Wenn nun die notirten Stellen percutirt wurden, zeigte sich daraus kein Unterschied in der Höhe des Schalles.

Aus diesen wiederholt angestellten Versuchen schliesst Verf. dass der Percussionsschall der Lunge unabhängig von den Luftschwingungen in den Alveolen entstehe.

Um zu untersuchen, ob der Thorax oder das Lungengewebe, oder beide zusammen den Schall erzeugten, diente folgende Probe. Die Bauchhöhle einer Leiche wurde durch einen vom Proc. ensiformis bis zur Symphysis pubis reichenden Medianschnitt geöffnet. Mit diesem kamen zwei andere Schnitte zusammen, die dem Rippenbogen entlang gemacht wurden, sodass die Bauchdecken ganz nach Aussen und Unten geschlagen werden konnten. Magen und Darm wurden entfernt. Dann wurde in die Trachea sorgfältig eine mit einem Blasebalge versehene Glasröhre gebunden. Es zeigte sich bei der Percussion, dass die absolute Leberdämpfung vor und nach Eröffnung der Bauchhöhle dieselbe war, obgleich ein gehöriger Abstand zwischen Brustwand und Leberoberfläche bestand: ein Beweis, dass die „absolute Leberdämpfung nichts mit der Leber zu thun hat." Wurde Luft in die Trachea geblasen, so dehnte sich der sonore Percussionsston gerade bis zur untern Lungengrenze aus. Dasselbe geschah, wenn der Verf. die Leber ganz aus der Leiche entfernt hatte.

Aus diesen Thatsachen, nämlich, dass dort, wo die Brustwand in Berührung steht mit dem Lungengewebe, heller, an den anderen Theilen gedämpfter Schall entsteht, zieht Verf. den Schluss, dass der Percussionston des normalen Thorax fast allein von Schwingungen des Lungengewebes abhängig ist, die Brustwand nur geringen, die in den Lungen enthaltene Luft gar keinen Antheil daran hat.

Für absolut sicher hält Verf. ferner die Unabhängigkeit der „Leberdämpfung von der Leber". Der helle Schall fehle dort, weil keine Theile unter dem Thorax liegen, die bei der Percussion einen hellen Klang geben, aber von Dämpfung im physikalischen Sinne darf nicht gesprochen werden. Dass die Kraft, mit welcher die Leber gegen den Thorax drückt, ungefähr gleich Null ist, beweist Verf. durch folgenden Versuch. Er drängt in eine nicht grosse Oeffnung in der Brustwand mit der Hand zwischen Gedärme und Bauchdecken bis zur Leber und überzeugte sich, dass das Organ ohne Druck auszuüben gegen den Thorax anliegt. Um die sogenannte Dämpfung zu einer wirklichen zu machen, müsste er die Leber mit solcher Kraft an die Rippe drücken, wie sie in vivo unmöglich existiren kann.

Ebenso ist es mit der Herzdämpfung. Nachdem die Grenzen der Herzdämpfung sorgfältig percutirt und gezeichnet waren, wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle in Diaphragma und Pericardium eine Oeff-

nung gemacht, wonach man sich überzeugen konnte, dass die Percussion die Grenzen der Lunge richtig angegeben hatte. Füllte Verf. dann den Raum zwischen Herz und Brustwand mit feuchter Watte aus, ohne dass dieselbe einen Druck ausübte, so erhielt er dieselben Percussionsgrenzen wie vor der Oeffnung des Diaphragma. Dehnte Verf. die Lunge durch Luftzufuhr aus, so wurde die Herzdämpfung kleiner und umgekehrt.

Hierdurch liefert Verf. den Beweis, dass die „Herzdämpfung" nicht abhängt von der Anwesenheit des Herzens, sondern von der Abwesenheit der Lunge und erinnert an die bekannte Geschichte, wie Piorry die Grenzen der Herzdämpfung am Kadaver percutirte, um Magendie den Werth der Percussion zu beweisen. Als er zur Controle die Brusthöhle öffnete, war kein Herz da, weil Magendie es vorher sorfältig aus der Leiche entfernt hatte.

Gerke (Amsterdam).

---

113. **Franz Riegel, Beitrag zur Lehre von der Herzthätigkeit (II).** Aus der medic. Klinik in Giessen. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, S. 323.)

In einer früheren Arbeit (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 27, S. 393, Ref. in dies. Centralbl. Jahrg I, S. 663) haben Riegel und Lachmann auf experimentellem Wege nachgewiesen, dass das von andern Autoren als Hemisystolie gedeutete Symptomenbild (doppelter Herzstoss und doppelter Venenpuls bei nur einfachem Arterienpulse) durch eine beide Herzhälften in gleicher Weise betreffende Herzbigeminie zu erklären sei, und dass diese Herzbigeminie sich in die Vene deutlich fortpflanzen könne, während in der Arterie eine zweite Welle oft kaum erkennbar sei. Die experimentellen Beweise wurden damals erst durch eine klinische Beobachtung gestützt. Seitdem hat R. mehrere Fälle beobachtet, die ebenfalls Uebereinstimmung mit den experimentellen Thatsachen zeigten, und führt von diesen den folgenden an.

Ein 15jähr. Mädchen, welches im Gefolge eines Gelenkrheumatismus seit 5 Monaten an Beschwerden von Seiten des Herzens gelitten, die in letzterer Zeit beträchtlich zunahm und mit Oedemen einhergingen, kommt in Behandlung mit folgenden Erscheinungen. Starke Dyspnoe, beiderseitige Venenundulation am Halse, diffuse wellenförmige Bewegungen der vorgewölbten Herzgegend, Herzdämpfung nach beiden Seiten bedeutend verbreitert, den im 7. Intercost.-Raum sichtbaren Spitzenstoss nicht überragend, an der Herzspitze ein langgezogenes systolisches Geräuch, in der Gegend der Tricuspidalis ein etwas schwächeres systolisches Geräusch, 2. Pulmonalton sehr verstärkt; daneben geringe Stauungserscheinungen. Nach längerer Beobachtung nehmen die Symptome der gestörten Circulation zu, und die Herzaktion wird unregelmässig in Bezug auf Stärke und Frequenz. Allmählig entwickelt sich in exquisiter Weise der erwähnte Symptomencomplex: Zweien Herzkontraktionen und zweien Venenpulsen (80 pro Min.) entspricht nur Ein

Arterienpuls (40). Graphisch aber lässt sich bei wiederholten Untersuchungen eine Arterienwelle nachweisen.

Nach den klinischen Erscheinungen war die Annahme einer Insufficienz der Mitralis wahrscheinlich, Insufficienz der Tricuspidalis aber mit hochgradiger Dilatation und Hypertrophie des R. Ventrikels unzweifelhaft. Wegen des grossen Missverhältnisses zwischen der angeblichen Dauer des Herzleidens und der Hochgradigkeit der Erscheinungen und wegen der deutlich sichtbaren Herzbewegungen in der ganzen Ausdehnung des Herzens war die Möglichkeit einer Pericardialverwachsung wohl erwogen worden, doch fehlte jegliches andere charakteristische Symptom dafür. Bald nach dem Auftreten der Herzbigeminie erfolgte unter Collaps der Tod. Bei der Section fand sich als Ursache der auf sämmtliche Herzabschnitte ausgedehnten Dilatation und Hypertrophie eine „totale Obliteration des Herzbeutels nebst ausgedehnter Verwachsung seiner Aussenfläche mit der vorderen Brustwand“, ferner relative Insufficienz der Tricuspidalis, leichte Endocarditis der Mitralis in Form von körnigen Wucherungen auf dem freien Rande. Wiewohl der Schliessungsrand der Mitralklappe unversehrt war, hält R. doch an der bei Lebzeiten diagnosticirten Schlussunfähigkeit fest, indem er glaubt, die Klappe sei in Folge der Dilatation der L. Kammer bereits insoweit insufficient gewesen, dass nicht mehr die Schliessungsränder, sondern erst die freien Ränder die gegenseitigen Berührungspunkte bildeten.

Während der letzten Lebenswoche wurde fast konstant „ein zweitheiliger Herzstoss, ein zweitheiliger Venenpuls bei nur einfachem und zwar mit der ersten Herzwelle korrespondirenden Arterienpulse beobachtet“, also die sogenannte Hemisystolie der Autoren. Der Umstand jedoch, dass graphisch noch eine dem 2. Spitzenstoss entsprechende Pulswelle nachzuweisen war, bewies, dass der Schluss der Autoren aus dem Nichtfühlbarsein der 2. Arterienwelle auf eine Nichtbetheiligung des L. Ventrikels am 2. Herzchoc unberechtigt war. Die mit dem Sphygmographen unmittelbar nacheinander sowohl vom Herzstoss, als von der Vene und Arterie aufgenommenen Bilder stimmen überein mit den früher bei Thierversuchen gewonnenen kymographischen Kurven, fallen also derselben Deutung (als Herzbigeminie) anheim. Bei den Herzchoc-Kurven ist der diastolische Schenkel der ersten Welle verkürzt, weil verfrüht eine neue Systole, und erst dieser „eine vollständigere Diastole, die scheinbare Pause“ folgt. (Cf. die Kurven im Orig.) Ebenso findet sich im Venen- und Arterienpuls, in ersterem nur viel deutlicher ausgeprägt eine „zu früh unterbrochene Diastole und verfrühte zweite Systole, also echter Bigeminus“. Der L. Ventrikel muss also auch an dem 2. Herzstoss betheiligt gewesen sein. Für die Grössenunterschiede der zweiten Wellen des Herzchocs, der Vene und Arterie ist bereits in der früheren Abhandlung die Erklärung gegeben worden. Wie bei den Thierversuchen, so trat auch hier die Bigeminie mit einer beträchtlichen Pulsverlangsamung (bis annähernd zur Hälfte der vorherigen Zahl) auf.

Zum Schluss führt R. noch einen Fall an, „der zeigt, dass trotz doppelter Spitzenstösse auch bei sorgfältigster graphischer Aufnahme der Pulskurve in letzterer die zweite Welle völlig fehlen kann“. Venen-

pulse waren in diesem Falle nicht vorhanden. Nach der graphischen Aufnahme betrug die zweite Erhebung des doppelten Spitzenstosses kaum ein Drittel der Höhe der ersten. Es begreift sich dass diese zweite Herzwelle in der Arterie keine nachweisbare Erhebung mehr hervorrufen konnte. In dem obigen Falle hatte die zweite Herzchoc-Welle die gleiche, ja bisweilen sogar eine grössere Gipfelhöhe wie die erste. Bei beträchtlicher Kleinheit der 2. Herzwelle kann also die 2. Welle im Arterienrohr völlig fehlen. Auch diese Thatsache steht mit den Resultaten der experimentellen Untersuchung im Einklang.

Stintzing (München).

---

114. **W. Kernig, Ein Fall von primärem Pankreaskrebs.** (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881. No. 4.)

K. gibt die Krankengeschichte und den Sektionsbefund eines Falles von Krebs des Pankreas und der Leber.

Der Tumor des Pankreas (kleiner Apfel-grosser Markschwamm) war zeitweilig deutlich palpabel. Der intensive Ikterus zeigte sich bedingt durch die Kompression des ductus choledochus durch den Tumor. „Die Krebsknoten in der Leber erschienen bei der Sektion offenbar jüngeren Datums als der Tumor im Pankreas".

E. Bardenhewer.

---

115. **Gosselin und Bergnon, Ueber die antiseptischen Eigenschaften der alkoholischen Lösung von Gaultheriaöl.** Sur les propriétés antiseptiques de la solution alkoholique de gaulthéria. (Archives génerales d. méd. 1881, S. 16. Ref. aus Bull. gén. de Thérapeutique. 1881. Bd. 100. S. 335.)

G. und B. benutzten alkoholische Lösungen von Gaultheriaöl (von Gaultheria procumbens). Die eine enthielt auf 50 grm 60 procentigen Alkohol 5 grm Oel, die andere wurde dargestellt durch Zusammenbringen von 2,5 grm Oel, 100 grm Alkohol und 50 grm Wasser. Diese Lösungen wirken fäulnisswidrig, Gosselin und Pévier bedienten sich derselben mit Vortheil zur Wundbehandlung.

Schulz.

---

116. **L. Théobald, Das Atropin bei der Behandlung acuter Mittelohrentzündung.** De l'atropine dans le traitement de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne. (Arch. médical. belges. 1880. Décembre. Ref. aus Bull. gen. d. Thérapeutique. 1881. Bd. 100. S. 335.)

Nachdem Verf. bereits den günstigen Einfluss des Atropin bei Entzündungen des äusseren Gehörgangs beobachtet, wandte er dasselbe

auch bei den acuten, schmerzhaften Mittelohrentzündungen an, zumal bei Kindern und bei der nach febrilen Exanthemen auftretenden heftigen Otitis. Verf. lässt in das Ohr einträufeln 8—10 Tropfen einer wässerigen Atropinlösung (0,1 : 10,0) und 10—15 Minuten im Ohre verweilen. Je nach Umständen können die Instillationen alle 3 bis 4 Stunden wiederholt werden. Bei noch intactem Tympanum sah Verf. nie Allgemeinerscheinungen auftreten, in einem Fall von Perforation des Trommelfells wo das Mittel nochmals beiderseitig angewandt wurde, stellte sich Dilatation der Pupille ein. Jedoch lässt Verf. es unentschieden, ob das Atropin nicht von der Patientin, Mädchen von 4 Jahren, mit den Fingern direct ins Auge gebraucht sei. Verf. hat bei seinem eigenen Kinde die Wirksamkeit des Atropin bei Otitis constatirt.

Schulz.

---

117. **Dr. Simanofsky, Tinctura convallariae majalis bei Herzneurosen.** (Klinische Wochenschrift. Esgenedelnaja klinitscheskaja gaseta 1881. No. 10.)

S. hat bei einer 30jährigen Frau, die seit 10 Monaten an Herzkrämpfen (angina pectoris) litt, einen guten Erfolg von Gebrauch der Convallariatinctur beobachtet. — Pat. war in Folge ihrer Krankheit stark heruntergekommen, schlaflos, jeder Arbeit unfähig geworden. Die Respiration beschleunigt, bis 48 in 1 Minute, der Puls klein, weich, frequent bis 116 in 1 Minute. Mässige Dilatation der Vorhöfe und des rechten Ventrikels. Nachdem die in solchen Fällen gebräuchlichen Mittel erfolglos angewandt waren, wurde Tinctura convall. majalis (10 Tropfen 4 mal täglich) verordnet. — Nach einer Woche schwanden die Anfälle vollständig, Pat. konnte liegend schlafen und fühlte sich sehr wohl; die Dilatation des Herzens hatte sich vermindert.

Krusenstern (Petersburg).

---

118. **Chirone Vincenzo, Ricerche sperimentali sull' azione biologica della Picrotina o Idrato di picrotoxide.** Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Picrotins oder Picrotoxydhydrats. (Annali universali di Medicina e Chirurgia. 2. Heft. S. 128—157.)

Das Picrotin oder Picrotoxydhydrat ist ein Derivat des Picrotoxins, aus dem letztern dargestellt durch Paternò und Oglialoro. Dass das Picrotoxin kein einfacher Körper ist, haben auch Barth und Kretschy nachgewiesen, die aus demselben 3 Stoffe isolirten: 1. Picrotoxin, ein toxisch wirkender Bitterstoff; 2. Picrotin, ein nicht giftiger Bitterstoff; 3. Anamirtin, ein weder bitterer noch giftiger Stoff. Das nach dem Experimenten Fleischl's unschädliche Picrotin soll identisch mit dem von Paternò und Oglialoro dargestellten Picrotoxydhydrat sein und die von Letzterem gefundene Giftigkeit dieses Stoffes auf Verunreini-

gung mit Picrotoxin zurückgeführt werden müssen. Ch. hält indess die Experimente Fleischl's für nicht beweisend, da er mit zu kleinen Dosen experimentirt habe. Er hat mit zwei, von Ogialoro erhaltenen Präparaten von Picrotoxydhydrat, von denen das eine einer dreimaligen, das andere einer viermaligen Umkrystallisation unterworfen worden war, eine Reihe von Experimenten an Kalt- und Warmblütern gemacht, und zwar hat er das Mittel den Versuchsthieren meist subcutan injicirt; in einigen Fällen hat er es in eine grössere Vene eingespritzt oder direct in den Magen gebracht. Erschwert wurden die Experimente durch die geringe Löslichkeit des Stoffes in kaltem Wasser und Glycerin; in kochendem Wasser ist er leicht löslich. Die Resultate seiner Untersuchungen sind folgende. Das Picrotoxydhydrat wirkt stärker auf Kaltals auf Warmblüter, besonders stark auf Fische. $^{3}/_{10}$ mgr subcutan injicirt, genügten zur Tödtung eines 25 gr schweren Fisches, während bei einem Hunde von 4 kgr 50 ctgr nöthig waren, um einen gleichen Effect zu erzielen. Seine Wirkung ist im Durchschnitt etwa 30 mal schwächer als die des Picrotoxins; am geringsten ist der Unterschied bei den Kaltblütern (wie 1 : 10), am stärksten bei Kaninchen (wie 1 : 75). Im Uebrigen sind die Vergiftungssymptome bei beiden Stoffen nahezu gleich. Beide rufen epileptiforme Anfälle hervor, die beim Picrotoxydhydrat gewöhnlich durch Erbrechen eingeleitet und von Urinentleerung begleitet werden; beide bewirken vor dem Anfall Hyperaesthesie, nach demselben Anaesthesie; bei beiden tritt während des Anfalls erhebliche Schwächung oder Aufhebung der Herzthätigkeit und Stillstand der Athembewegungen ein. Beide Stoffe wirken in verschiedener Weise auf verschiedene Thierspecies, das Picrotoxin am stärksten auf Kaninchen, das Picrotoxydhydrat auf Fische; Meerschweinchen zeigen gegen beide Stoffe grosse Widerstandskraft. Die Unterschiede in der Wirkung Beider sind nach Ch. hauptsächlich folgende: das Picrotoxin erzeugt stets convulsivische Bewegungen des Augapfels und der Zunge, das Picrotoxydhydrat zuweilen, aber nicht immer; durch Ersteres werden besonders die Muskeln des Halses und des Rückens in krampfhafte Erregung versetzt und es entsteht Opisthotonus, Letzteres wirkt ebenfalls auf die Muskeln des Halses, aber, wenigstens im Anfang, nicht auf die des Rückens, so dass sich öfters Emprosthotonus entwickelt. Charakteristisch ist für die Picrotoxydhydratvergiftung die aufrechte Stellung der Thiere auf den krampfhaft ausgestreckten Extremitäten mit gesenktem Kopf und gebeugtem Rücken. In einigen Fällen wurde starke Salivation und Mydriasis beobachtet, welche letzere aber kurz vor dem Tode in Myosis überging. Die Leichenstarre trat stets sehr rasch ein; schneller als nach Picrotoxinvergiftung; die Section ergab regelmässig starke Hyperämie der Meningen, des Gehirns und Rückenmarks. Von den beiden Präparaten, welche Ch. anwandte, zeigte das viermal umkrystallisirte stärkere toxische Eigenschaften.

Um den Mechanismus der Wirkung des Picrotoxydhydrats zu studiren, machte Ch. verschiedene Versuche an decapitirten Fröschen und an Tauben, denen die Grosshirnhemisphären abgetragen waren. Er fand im Ganzen dieselben Erscheinungen, und zwar meist noch stärker ausgeprägt wie bei den unverletzten Thieren; es schien, dass bei zwei decapitirten Fröschen, denen 5 resp. 10 mgr Picrotoxydhydrat

eingespritzt wurden, die Erregbarkeit länger erhalten blieb, als bei einem andern, der nach der Decapitation sich selbst überlassen wurde. Ch. ist nach seinen Experimenten der Ansicht, dass das Picrotoxydhydrat, wie das Picrotoxin, hauptsächlich auf Medulla oblongata und Rückenmark einwirkte. Zu therapeutischen Versuchen gibt er dem Ersteren, seiner schwächeren Wirkung wegen, den Vorzug.

Brockhaus (Godesberg).

---

119. C. Binz (Bonn), **Ueber die Anwendung und Darstellung des gerbsauren Chinins.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 9.)

B. recapitulirt seine und die Erfahrungen Anderer über die Wirksamkeit der Chininsalze bei Keuchhusten, und erinnert daran, dass man grössere Dosen nehmen, d. h. Kindern 2 bis mehreremal täglich so viel Decigramm, als sie Jahre zählen, geben müsse, um die Anfälle wesentlich zu vermindern. Die grosse Bitterkeit der Chininsalze erschwert ihre Anwendung in der Kinderpraxis. Das Chinintannat ist ungleich weniger bitter, dasselbe zeigt sich ebenso wirksam wie die anderen Salze. Wenn es aus reinen Chinoidinsalzen dargestellt wird, kann ausserdem sein Preis erheblich billiger werden, und empfiehlt sich daher ein solches Chinintannat zu ausgebreiteterer Anwendung.

R.

---

120. **Gordon, Ueber den Einfluss der Faradisation auf gesteigerte Schweissabsonderung.** (Wratsch 1880. No. 20.)

Verf. hat bei 7 Patienten, welche an starker Schweissabsonderung an Fusssohlen und Hohlhand litten, mit Erfolg den Faradisationsstrom gebraucht: in 2 Fällen wurde die Absonderung des Schweisses bedeutend geringer, in 5 Fällen vollständig normal. Die genaue Untersuchung der krankhaften Hautstellen vor der Faradisation ergab, dass das Tastgefühl (durch den Weber'schen Cirkel bestimmt), die electrische Reizbarkeit und die Temperatur herabgesetzt waren. Nach der systematischen electrischen Behandlung aber trat normale Hauttemperatur und Steigerung der Sensibilität der Haut ein.

Krusenstern (Petersburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 11. Mai. Nro. 9.

---

121. **Grawitz, Die Theorie der Schutzimpfung.** (Virch. Archiv Bd. 84. S. 87.)

Die vom Verfasser gemachten Beobachtungen (S. dieses Centralbl. 1880. No. 5.) über die Möglichkeit einer allmählichen Accomodation von Schimmelpilzen aus ihrer sauren und kalten Umgebung an den alkalischen und warmen Nährboden des Blutes, gaben die Grundlage zu den folgenden Experimenten, die klarlegen sollten, wodurch die Immunität gegen die Pocken durch die Schutzimpfung bedingt ist.

Bei Thieren, denen eine klare, von Pilzen befreite oder eine Nährlösung mit Pilzen ins Blut injicirt war, die durch Digeriren ihrer Keimkraft beraubt waren, wurde nach Tagen und Wochen eine Transfusion mit malignen Pilzen vorgenommen mit dem Resultat, dass sämmtliche Thiere an allgemeiner Verschimmelung zu Grunde gingen.

Das gleiche Ergebniss trat ein, wenn die erste Injection mit physiologisch schwachen Varietäten der Pilze, d. h. mit solchen gemacht war, die nur eine kurze Strecke auf dem Wege zur Accomodation zurückgelegt hatten.

Waren aber gleich physiologisch starke Varietäten gewählt,

dann hatte eine spätere Impfung mit malignen Pilzen kein Resultat, die Thiere blieben gesund.

Noch sicherer trat dieses Resultat ein, wenn zur ersten Transfusion die malignen Pilze in sehr hochgradiger Verdünnung gewählt waren, es hatte dann die zweite Einführung grösserer Quantitäten selbst dann keinen Erfolg, wenn colossale Mengen injicirt wurden. Es fragt sich nun, worauf die Immunität beruht. Sie kann nicht beruhen darauf, dass durch die erste Injection ein Substrat aus dem Blute verbraucht würde, welches zur Keimung der zweiten transfundirten Pilzmasse nöthig wäre, dagegen spricht, dass durch die wenigen zuerst injicirten Sporen nicht der Stoff ganz verbraucht werden kann, der bei acuter Verschimmelung zur Ernährung zahlloser Sporen hinreicht, dass eine Peptonlösung durch einen auf ihr wuchernden Pilzrasen nicht alterirt wird etc. Auch gegen die Vorstellung, dass durch die erste Transfusion ein Stoff gebildet würde, der wie bei ber Alkoholgährung die später beigebrachten Pilze in ihrer Entwickelung schädige, lässt sich mit Erfolg Verschiedenes einwenden. Dass das Blut nach einer solchen ersten Injection nichts an reiner Nährkraft für Pilze verloren hat, konnte Verf. dadurch zeigen, dass es ihm gelang, auf solchem Blute ausserhalb des Körpers Pilzrasen zu züchten.

Weiterhin gelang auch der Nachweis nicht, dass etwa die körperlichen Bestandtheile des Blutes, oder dass sonstige zelligen Bestandtheile des Organismus nach irgend einer Richtung erheblich verändert wären, so dass daraus etwa die Immunität abgeleitet werden könnte.

Verf. gelangte nun zu folgender Vorstellung. Die Beobachtung, dass die verschiedenen Zellen des Organismus sehr verschieden auf eine gewöhnliche allgemeine Verschimmelung, aber constant in derselben Weise reagiren, beweist, dass das eine Gewebe im hohen Grade vulnerabel ist, das andere wenig empfänglich, oder ganz immun. Diese Thatsache lässt es wahrscheinlich werden, dass für gewöhnlich sehr vulnerable Zellen durch einmaligen relativ schwachen Angriff seitens der Pilzelemente in ihrer Widerstandsfähigkeit gegen einen zweiten Angriff gestählt werden und Verf. behauptet daher, dass die Immunität nach präventiver Impfung entsteht durch Anpassung der Gewebszellen an das Assimilationsvermögen der Pilze. Und eine gleiche Wirkung spricht er der Schutzimpfung gegen die Pocken zu.

Ribbert.

---

122. S. J. Afanassjew, Ueber die Behandlung von Typhuskranken mit langdauernden lauen Bädern. Aus der propädeutischen Klinik von Prof. W. A. Manasseïn. (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881. Nr. 7.

A. bestätigt die guten Erfolge, welche Niess mit dieser Behandlungsweise erzielt hat.

„Indem wir uns den Verhältnissen des Hospitales anpassten, und auf die subjektive Empfindung der Kranken Rücksicht nahmen, wandten wir in der Mehrzahl der Fälle (im Ganzen 7) Bäder von nur dreistün-

diger Dauer an und wiederholten dieselben zwei Mal täglich, so lange die Temperaturen hoch waren (in recto 38,6). Nur in seltenen Fällen betrug die Dauer der Bäder mehr als drei Stunden; einige Bäder dauerten weniger lang. Die Temperatur der Bäder betrug gewöhnlich 25° R. (31¼° C.); aber in Berücksichtigung der Individualität und der subjectiven Empfindungen der Patienten steigerten wir zuweilen die Temperatur auf 33° C., in einigen seltenen Fällen sogar auf 35° C., und zwar immer mit günstigem Erfolge.

Der Verlauf der Krankheit im Allgemeinen war ein günstiger. A. hebt besonders hervor, dass der Appetit vollkommen erhalten war, so dass die Kranken während der ganzen Dauer des typhösen Prozesses gerne assen.

Was speciell die Wirkung der Bäder auf die Körper-Temperatur anbetrifft, so zeigten sich bei den 114 Bädern folgende Herabsetzungen:

2 Mal	um	3,2° C.		24 Mal	um	1,5° C.
7 „	„	3,0° „		23 „	„	1,0° „
21 „	„	2,5° „		3 „	„	0,5° „
34 „	„	2,0° „				

In den späteren Stadien genügen kürzere Bäder; Abends sank die Temperatur bedeutender als Morgens, u. s. w. Eine Tabelle veranschaulicht die erzielten Resultate.

Mit der Temperatur sanken Puls- und Respirationsfrequenz (2 Curven).

Bemerkungen über die Lagerung der Kranken sind im Original nachzusehen.

„In Anbetracht der glänzenden Resultate, der Bequemlichkeit für die Patienten und der geringeren Beschwerlichkeit für das Wartepersonal glauben wir, dass langdauernde lauwarme Bäder in beträchtlichem Grade die üblichen kalten Bäder verdrängen müssen".

E. Bardenhewer.

---

123. **M. Raynaud, Note sur un cas de mort paraissant avoir été causée par un accès d'hysterie en forme hydrophobique.** Bemerkungen über einen Todesfall, anscheinend hervorgerufen durch einen hysterischen Anfall unter dem Bilde der Hydrophobie (L'Union médicale. 1881. Nr. 37.)

Eine 33 jährige unverheirathete Person litt seit einer Reihe von Jahren an einem chronischen Eczem der Füsse, ausgehend von einer Entzündung der Nagelmatrix der beiden ersten Zehen, sowie an ausgesprochener Hysterie (Lach- und Weinkrämpfe, Convulsionen, Hyperaesthesie etc.). Nach der im Jahre 1874 nöthig gewordenen Exstirpation eines eingewachsenen Nagels hatte sich Lymphangitis des Beines

und ein Abscess in der Leiste ausgebildet. Die Spaltung des Letzteren gab Veranlassung zu heftigen hysterischen Anfällen. Im Beginn des Jahres 1876 zeigten sich während eines Anfalls die ersten Symptome, wie sie der Hydrophobie eigenthümlich sind: heftiger Durst, Unmöglichkeit, einen Tropfen Flüssigkeit zu schlucken, Zittern und angstvoll verzerrte Gesichtszüge bei der Annäherung eines Glases an die Lippen. Der Anfall ging vorüber und machte dem früheren Befinden Platz. Zur Bekämpfung des Ersteren war Morphium angewandt worden und hatte Pat. an diesem Mittel solches Gefallen gefunden, dass sie es, trotz aller dagegen gerichteten Bemühungen der Aerzte, weiter nahm und zwar in einer Dosis von wenigstens 10—12 ctgr täglich. Das Eczem der Füsse bestand fort, besonders an der Matrix und dem Falze der Nägel und musste R. an diesen Stellen öfters, um ein in die Tiefe Greifen der Entzündung zu verhüten, kleine Stückchen Haut excidiren, was jedesmal von guter Wirkung war. Die letzte dieser kleinen Operationen war am 20. Jan. 1881 gemacht worden. Am 22. Jan. ein neuer, dem oben beschriebenen ganz ähnlicher Anfall, eingeleitet durch eine einmalige Temperaturerhöhung bis 39° C. und starke Dyspnoe. Die Untersuchung der Lungen und des Herzens ergab nichts Abnormes. Die Dyspnoe steigerte sich zu einer gefahrdrohenden Höhe: Starke Cyanose des Gesichts, singultusähnliche Athemzüge, Schaum vor dem Munde, Unvermögen zu sprechen, kleiner aussetzender Puls. Zugleich bestanden die beschriebenen hydrophobischen Symptome. Ausserdem klagte Pat. über einen heftigen, auf Druck unerträglich werdenden Schmerz rechts neben dem dritten Dorsalwirbel. Nach Application eines Vesicans liess derselbe nach, dafür entstand am folgenden Morgen heftiger Schmerz mit Steifigkeit im Nacken und Trismus. So blieb der Zustand mit einigen kurzen Remissionen, in denen es möglich war, der Kranken einige Löffel Flüssigkeit beizubringen, bis zum Morgen des 25. Januar, wo in einem neuen Anfall von Asphyxie der Tod eintrat. Das Bewustsein war bis kurz vor dem Tode erhalten. Zugleich mit dem ersten Anfall war die seit einem Jahr cessirende Periode wieder eingetreten. Die Autopsie wurde nicht gestattet. In der Epikrise führt R. aus, dass eine genaue Anamnese Nichts ergeben hat, was den Verdacht auf wirkliche Lyssa gerechtfertigt hätte. Impfversuche, mit dem Speichel der Verstorbenen an 2 Kaninchen ausgeführt, hatten negativen Erfolg. Gegen Tetanus, den man sich als verursacht durch die kleine Operation an den Zehen denken könnte, spricht zunächst, dass Letztere zu wiederholten Malen gemacht worden ist, ohne ähnliche Anfälle hervorzurufen. Ferner war der Krampf auf eine bestimmte Gruppe von Muskeln (Kau-, Nacken- und Athmungsmuskeln) beschränkt. Es fehlten die dem Tetanus charakteristischen intermittirenden allgemeinen Muskelkrämpfe, Opisthotonus etc. Die bei der Kranken beobachtete singultusartige Respiration ist ebenfalls kein dem Tetanus eigenthümliches Phaenomen. Endlich fehlte, abgesehen von der anfänglichen Temperatursteigerung, die den Starrkrampf fast regelmässig begleitende enorme Erhöhung der Körperwärme. Es bleibt also nur die Hysterie als erklärendes Moment, bei der allerdings derartige letal endigende Anfälle bis jetzt so gut wie gar nicht beobachtet sind. R. ist nicht abgeneigt, dem lange Jahre fortgesetzten Morphium-

missbrauch einen geringen Einfluss zuzuschreiben, und präcisirt schliesslich die Diagnose dahin: Anfall von tödtlicher Hydrophobie bei einer unter dem Einfluss der Hysterie und des Morphinismus stehenden Person.

Brockhaus (Godesberg).

---

124. **Dr. J. Gottstein** (Privatdocent in Breslau), **Ueber den Werth der Inhalation medicamentöser Stoffe.** (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1881. Nr. 8.)

G. hält die Brauchbarkeit der Methode, zerstäubte Flüssigkeiten zu inhaliren für „sehr zweifelhaft, ja geradezu entbehrlich". Die Substanzen können nur in grossen Verdünnungen angewandt und der Procentgehalt, sowie die wirklich angewandte Dosis nicht sicher berechnet werden. Dieselben können in ihrer Application nicht auf die kranken Stellen beschränkt werden.

G. betrachtet als das Wirksamste bei allen Inhalationen mit Dampfappraten den warmen Wasserdampf und präcisirt ihre Anwendbarkeit dahin, dass 1. in Fällen acuter Laryngitis und Bronchitis, die durch spärliche Secretion ausgezeichnet sind und bei denen der Kranke vom Gefühle der Trockenheit und von lästigem Hustenreize gequält wird, durch Inhalation salzhaltiger Wasserdämpfe die Beschwerden erleichtert, der Krankheitsverlauf aber nicht abgekürzt werden kann; 2. bei jener Form der Laryngitis, bei der das Secret wegen seiner Wasserarmuth Neigung hat, im Larynx einzutrocknen und Borken zu bilden, die selbst durch angestrengte Expectoration nicht entfernt werden, der Application geeigneter Medicamente vermittelst des Schwammes, Pinsels etc. Inhalationen von Salzlösungen mit Vortheil vorangeschickt werden; 3. die Expectoration in allen Fällen von Larynx-, Tracheal- und Bronchialerkrankungen, bei denen das Secret von den Kranken nur schwer herausgeschafft wird, durch Inhalationen befördert wird.

Die permanente Inhalation flüchtiger Stoffe mit Bäschlin'schen Respiratoren hält G. entschieden für nützlich, glaubt aber den Feldbausch'schen, in die Nase einzuschiebenden, Apparaten einen ausgedehnten Nutzen nicht vindiciren zu können.

R.

---

125. **Prof. S. Botkin, Ueber die auskultatorischen Erscheinungen bei Stenose des linken Ostium venosum und über die Dämpfung des Percussionsschalles im oberen Theile der linken Parasternallinie.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881, Nr. 9.)

Die Mannigfaltigkeit der bei Stenose des ostium venosum sinistrum auftretenden auskultatorischen Erscheinungen ist eine sehr grosse. B. beobachtete einen Fall, in welchem gar kein Geräusch zu hören war;

es bestand nur ein scharf accentuirter 2. Pulmonalton. In einem anderen Falle verschwand das bestehende scharfe, präsystolische Geräusch in den ersten zwei Wochen; der Accent beim 2. Ton der Pulmonalarterie dauerte fort und an der Herzspitze war ein leichtes Schnurren zu palpiren. Bei der Sektion zeigte sich die Stenose so hochgradig, dass die Spitze einer Gänsefeder in die Oeffnung nicht eindringen konnte. Zugleich bestand eine Insufficienz der Aortaklappen; die Symptome derselben bestanden in deutlicher Weise während der ganzen Beobachtungszeit. Wäre der Kranke einige Tage später der Klinik zugegangen, so wäre nur die Insufficienz der Aortaklappen erkannt worden; nur die Vergrösserung des Querdurchmessers des Herzens hätte vielleicht einen Zweifel an der isolirten Erkrankung der Aortaklappen aufkommen lassen. Viel häufiger beobachtet man umgekehrt das Verschwinden der Symptome einer Insufficienz der Aortaklappen, wenn im Verlauf der Krankheit sich die Endokarditis ausbreitet und eine Stenose des linken venösen Ostium setzt; es verschwindet dann nicht selten mit dem Auftreten des charakteristischen Geräusches an der Herzspitze das diastolische an der Aorta, während die Vergrösserung im Längsdurchmesser der Herzdämpfung fortbesteht.

In recht vielen Fällen von Mitralstenose folgen sich die Töne und Geräusche so schnell, dass sie nicht zu entwirren sind; insbesondere bei einer gewissen Geschwindigkeit der Herzkontraktionen sind die Entstehungsmomente der in einander übergehenden Töne und Geräusche nicht zu unterscheiden. „Ich habe diese Erscheinungen nur bei Stenose des linken Ostium beobachtet, und halte sie für ein pathognomonisches Symptom dieser anatomischen Läsion".

In der Majorität der Fälle von Stenose des linken Ostium venosum finden sich das präsystolische Geräusch, die Accentuirung des systolischen Tones an der Herzspitze und des zweiten Tones der Pulmonalarterie.

Ist die Stenose sehr ausgebildet, so tritt besonders im Stadium der Kompensationsstörung neben dem präsystolischen ein an Charakter diesem ähnliches, aber kürzeres, weniger präcises und unbeständigeres, postsystolisches Geräusch auf, das präsystolische Geräusch wird durch sein Auftreten vor der Kontraktion der Ventrikel, also während der Zusammenziehung der Vorhöfe ausreichend erklärt. Das postsystolische kann nach B. nur in der Weise entstehen, dass der ausgedehnte und nicht genügend kräftige Vorhof auch nach erfolgter Ventrikelkontraktion sich weiter zusammenzieht; er hatte nicht die nöthige Zeit, das Blut durch das verengte Ostium zu treiben, und beendigt seine Arbeit erst, nachdem der Ventrikel sich kontrahirt hat. Die Voraussetzung einer Inkongruenz der Zahl der Kontraktionen des Ventrikels und des Vorhofs erscheint B. unter Berücksichtigung der von der Experimentalphysiologie gelieferten Thatsachen recht plausibel.

Neben der Vergrösserung der Herzdämpfung im queren Durchmesser finden sich in den meisten Fällen von Stenose des linken Ostium venosum die oberen Grenzen in der Parasternallinie höher als normal gelegen; es wird hier nicht selten eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte Dämpfung angetroffen, welche manchmal gleich unter dem Schlüsselbein, manchmal aber auch 1—1½—2 Querfingerbreit unterhalb

desselben beginnt, und mit der absoluten Herzdämpfung auf der 3. Rippe zusammenfliesst. Dieselbe verschwindet zuweilen bei wiederholten Inspirationen; man hört dann zuweilen bei den ersten Athemzügen Subkrepitiren, welches bald verschwindet, gewöhnlich aber wieder auftritt, wenn der Kranke einige Zeit oberflächlich geathmet hat. Dieses Verschwinden der absoluten Herzdämpfung und das Auftreten von subkrepitirenden Geräuschen ist begründet im Kollaps des Lungengewebes am gegebenen Ort in Folge ungenügender Ausdehnung der Lungenzellen.

Diese begrenzte Atelektase der Lungen findet sich auch bei anderen Störungen der Herzthätigkeit, welche mit ungenügender Entleerung und Dilatation des linken Vorhofs verbunden sind. „Ich habe öfters eine Veränderung der Herzgrenzen in Anfällen von Stenokardie öffentlich demonstriren können; dann war gewöhnlich der Querdurchmesser der Herzdämpfung vergrössert, der Längsdurchmesser mehr oder weniger nach unten ausgedehnt. Wurde dabei die obere Grenze der Herzdämpfung nicht durch gesteigerte Thätigkeit der Inspirationsmuskeln maskirt, so konnte eine Ausdehnung des Längsdurchmessers auch nach oben konstatirt werden". Bei gehäuften Anfällen blieb die Dämpfung in der Parasternallinie auch nach Verschwinden derselben zurück; zuweilen blieb auch der Querdurchmesser des Herzens vergrössert. Bei den meisten Fällen von Palpitationen, welche mit Dyspnoe einhergehen, wird eine Dämpfung in der Parasternallinie und eine Vergrösserung des Querdurchmessers des Herzens gefunden.

Es scheint, dass in verschiedenen Fällen von beschleunigtem Herzrhythmus die einzelnen Herzabschnitte nicht gleichmässig ihren Inhalt entleeren. Die Anwesenheit nervöser (automatischer) Apparate in den verschiedenen Abschnitten lassen die Annahme einer Störung der Thätigkeit eines Theiles des Herzens zu. Tritt bei Herzpalpitationen Dyspnoe auf, so kann man annehmen, dass der linke Vorhof oder der rechte Ventrikel ungenügend arbeiten; stellt sich Dämpfung in der linken Parasternallinie ein, so spielen die nervösen Hemmungsapparate des linken Vorhofs eine wesentliche Rolle; vergrössert sich der Querdurchmesser der Herzdämpfung, so scheint der Hemmungsapparat des rechten Ventrikels die Ursache abzugeben; etwas Aehnliches würde B. für den linken Ventrikel annehmen, wenn sich dessen Volumen während der Anfälle vergrösserte. Endlich giebt es unzweifelhaft Fälle von Herzklopfen und Dyspnoe, in welchen während des Anfalls sämmtliche Herzhöhlen ihren Inhalt ungenügend entleeren und die Herzdämpfung sich nach allen Richtungen hin erweitert zeigt.

In manchen Fällen von Basedow'scher Krankheit liefert die genaue Beobachtung des Verlaufs Belege für eine solche Ungleichmässigkeit in der Energie der einzelnen Herzabschnitte.

E. Bardenhewer.

---

126. **E. Leyden, Beiträge und Untersuchungen über Morbus Brightii.** (Charité-Annalen. VI. Jahrg. St. 228—264.)

I. Ueber einen Fall von ausgebreiteter Arteriosclerose mit Herz- und Nieren-Erkrankung.

Im Anschluss an seine Untersuchungen (Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. II. St. 133. Referat in diesem Centralblatt I. Jahrgang Nr. 27 St. 427), welche zu dem Resultat führen, dass es eine besondere chronische Nieren-Erkrankung giebt, welche von einer sclerotischen und hyalinen Degeneration in den Nieren-Arterien ihren Ausgang nimmt und schliesslich in Nierenschrumpfung endigen kann, theilt Verfasser eine jene Untersuchungen bestätigende und vervollständigende Beobachtung mit.

Ein 53jähriger, sehr kräftiger Mann, wird bewusstlos im Zimmer aufgefunden und in die Charité gebracht. Gehirn-Symptome lassen auf Apoplexie schliessen, der linke Ventrikel ist bedeutend hypertrophirt, radialis stark gespannt, der microscopische Befund im stark eiweisshaltigen Urin und Netzhaut-Veränderungen lassen auf Nierenschrumpfung schliessen. Exitus letalis am nächsten Tage. Befund bei der Obduction der klinischen Diagnose entsprechend. Es fand sich eine sehr hochgradige Arteriosclerose der mittleren Arterien des Aortensystems besonders an den Kranzarterien des Herzens und den Nieren-Arterien, welche in einer beträchtlichen Verdickung und Verhärtung der Gefässwandung bestand, so dass das Lumen der Gefässe erheblich verengt war. Die Nieren befanden sich im Zustande der sogen. rothen Granular-Atrophie. Microscopisch zeigten sich die von Gull und Sutton beschriebene hyaline Degeneration der kleinen Arterien mit Verengerung und theilweisem Verschluss des Lumens in hohem Grade ausgesprochen.

Am Herzen liess sich zunächst eine colossale Hypertrophie des linken Ventrikels nachweisen, wie sie sonst kaum bei den höchsten Graden von Nierenschrumpfung vorkommt und in diesem Falle in der hochgradigen Sclerose der Nieren-Arterie vor ihrem Eintritt in das Organ ihre Erklärung findet. Fernerhin fand sich eine sehr starke Sclerose der Kranzarterien vor und zahlreiche fibröse Plaques geringerer Grösse, welche mit Erkrankungen kleinerer Arterien-Zweige in Verbindung standen. Der Kranke litt während seines Lebens niemals an asthmatischen Beschwerden oder Angina pectoris, und bieten die nicht unerheblichen krankhaften Veränderungen des Herzens noch ein weiteres Interesse dadurch, „dass sie nicht nur kein Hinderniss für die Entwickelung einer colossalen Hypertrophie des linken Ventrikels abgegeben, sondern dass sie auch bis zuletzt keine Störung der Compensation veranlasst haben“, in sofern als sie beweisen, „dass die Arteriosclerose der Kranzarterien an sich nicht ohne Weiteres für Functionsstörungen des Herzens verantwortlich gemacht werden kann“, wie z. B. für Angina pectoris, Verlangsamung der Herzaction, für das sog. weakened heart etc. Solche Schlüsse seien also nach dieser Beobachtung nicht erlaubt, sondern „erst nachweisbare Störungen in der Er-

nährung der Herzsubstanz, wie sie aus fortgeschrittener Erkrankung der kleinen Arterien hervorgehen, dürfen als genügende Ursachen für Functionsstörungen des Herzens angeschuldigt werden".

II. Einige Beobachtungen über die Nierenaffection nach Schwefelsäure-Vergiftungen.

Es werden die Urinbefunde von 2 Vergiftungsfällen mit Schwefelsäure mitgetheilt. Es fand sich „zunächst wesentlich eine Ausscheidung der zerstörten Blutbestandtheile, unmittelbar darauf aber eine reichliche Abstossung von Nierenepithelien mit Fibrincylindern, Blutkörperchen und Albuminurie, so dass die Entwickelung einer desquamativen Nephritis nicht zweifelhaft ist". Diese Beobachtung widerspricht der Annahme Bambergers und anderer Autoren, welche eine Nephritis nicht gelten lassen wollen, sondern in der Harn-Veränderung „nur eine Ausscheidung der durch die Einwirkung des Giftes auf das Blut zerstörten Eiweiss- und Haemoglobinstoffe, in der Veränderung der Nieren eine Ablagerung dieser unbrauchbar gewordenen Substanzen in die Harnkanälchen" sehen.

III. Ueber das zweite Stadium des Morbus Brightii, die fettige Degeneration (large white Kidney, chronische parenchymatöse Nephritis).

Die von Reinhard und Frerichs gegebene lange Zeit massgebend gewesene Eintheilung der anatomischen Veränderungen der Nieren bei Morbus Brightii kennzeichnet die wichtigsten Differenzen der 3 Krankheits-Stadien in grossen Zügen. Alle diese Krankheits-Stadien haben theils unter sich Bezeichnung, theils sind sie als für sich bestehende Zustände erörtert worden, meist nur unvollständig, etwas vollständiger die Nierenschrumpfung. Eben so wie für die letztere verschiedenartige Vorgänge vorliegen, ist es auch bei dem 2. Stadium, welches Zustände und Veränderungen umfasst, deren Gemeinsames die fettige Degeneration und Schwellung der Epithelien ist. Aus diesem Grunde spricht sich Leyden gegen die von Bartels für diese Zustände angenommene Beziehung „chronische parenchymatöse Nephritis" aus, denn es handele sich nicht immer um Entzündung, sondern um Degeneration der Epithelien in Folge von insufficienter Ernährung und darum habe die Bezeichnung „zweites Stadium des Morb. Brightii" den Vorzug, weil sie nichts über die Natur des Prozesses im einzelnen Falle präjudicirt.

Die fettige Degeneration und Schwellung der Epithelien kommt vor, ohne nachweisbare Entzündung

1. unter physiologischen Verhältnissen bei vielen Thieren (Hund, Rind, Katze u. s. w.);

2. wenn die Zufuhr arteriellen Blutes oder des Sauerstoffs beschränkt und somit die Ernährung insufficient ist, kommt es zu abnormem Zerfall der Gewebe mit Fett-Infiltration, wie z. B. bei der amyloiden Degeneration, welche wohl in das zweite Stadium gehört. Hier giebt die Gefäss-Erkrankung das Circulations-Hinderniss ab.

3. die Schwangerschaftsniere ist ebenfalls eine Folge von Circulations-Veränderungen nicht von Entzündung.

Die übrigen zum zweiten Stadium gehörigen Fälle lassen sich zunächst noch nicht in Gruppen zusammenstellen. Es giebt hier Fälle, wo ein Circulations-Hinderniss der alleinige pathologische Befund war, aber auch in denjenigen Fällen, wo die fettige Degeneration der Epithelien neben interstitiellen Prozessen besteht, hält Leyden die Degeneration für die secundäre Veränderung, bedingt durch Circulationsstörung in Folge der interstitiellen Entzündung, während Bartels das umgekehrte Verhältniss voraussetze, nämlich dass die Entzündung vom Parenchym auf das Interstitium übergreife.

Es werden im Folgenden 7 bezügliche Fälle (mit Obductions-Bericht) ausführlich mitgetheilt.

Die erste Beobachtung stellt das zweite Stadium der desquamativen Nephritis dar; dieselbe hat sich nach einer Pneumonie entwickelt. Die fettige Degeneration ist Folge der langen Dauer des Prozesses und der Circulationsstörung durch die Compression Seitens der afficirten Glomeruli. Im 2. Falle ist die Ursache der fettigen Degeneration eine Thrombose der Nierenvene. Im 3. und 4. Falle besteht ein bisher noch nicht beschriebener Prozess, nämlich eine Arteriitis obliterans der Nieren-Arterien. „Ausgehend von dem in der Spitze der calices gelegenen interpyramidalen Bindegewebe zeigte sich eine ziemlich starke kleinzellige Wucherung, in Zügen angeordnet und zwar konnte man innerhalb dieser zelligen Züge arterielle Gefässe erkennen, welche durch eine kreisförmig geschichtete zellenreiche Masse vollkommen obliterirt waren. Diese Obliteration erstreckte sich auf die Arterienstämme zwischen den Markpyramiden, von denen einzelne total obliterirt waren, sodann von hier auf die Stämme an der Basis der Pyramiden und selbst noch höher hinauf". Die elastica war hier und da verloren gegangen und der ganze Querschnitt erschien als eine homogene gelatinöse Masse; eine Zeichnung des microscopischen Bildes ist beigefügt. Die kleinen Aeste in der Rinde, ferner die glomeruli waren von diesem Prozesse frei geblieben". Eine Hypertrophie des linken Herzens mit Dilatation bestand ausserdem, ohne dass interstitielle Prozesse in den Nieren oder Schrumpfung der ausgebreitete Arterien-Erkrankung bestand.

Im 5. Krankheits-Falle besteht interstitielle Erkrankung nebenbei.

Im 6. und 7. Falle, welche beide ungeheilt die Charité wieder verliessen, spricht der reichliche Fettgehalt des Urins neben den anderen Erscheinungen für fettige Degeneration der Epithelien.

Die klinische Diagnose stützte sich auf mehrere Punkte: Im Urin starker Eiweissgehalt, reichliche Ausscheidung von Fett in Form von Fetttröpfchen und Fettkörnchenzellen, entweder einzeln oder mittelbreiten hyalinen Cylindern aufsitzend (dazu 2 Zeichnungen), ferner rothe Blutkörperchen (welche im Harn bei amyloider Degeneration nicht vorkommen). Das Sediment braucht nicht immer, wie Bartels meinte, reichlich zu sein. Fernere Symptome sind: deutlicher Hydrops trotz reichlicher Harnsecretion wachsend. Herz-Hypertrophien und Dilatation war nicht immer an interstitielle Processe gebunden, es liessen sich aber stets erhebliche Circulations-Störungen nachweisen. Urämische Erscheinungen wurden seltener, Retinitis nicht beobachtet. Der Verlauf ist meistens schleichend und protrahirt, die Entstehung führt auf ver-

schiedene Momente zurück. Die Prognose ist sehr ernst. Die Therapie hat bisher keine wesentlichen Erfolge erzielt. „Es gelingt durch schweisstreibende Kuren (Schwitzbäder und Pilocarpin) sowie durch Diuretica die Gefahren des Hydrops für längere Zeit hinzuhalten und hiermit ist in den Fällen, die einer Heilung resp. Ausgleichung fähig sind, die Möglichkeit hierfür offen gelassen, allein in der Mehrzahl der Fälle scheinen irreparable Circulations- und Ernährungsstörungen vorzuliegen, welche durch fortdauernden Eiweissverlust und durch anhaltenden Hydrops schliesslich doch zum Exitus letalis führen.

Bartold.

---

127. **L. Jugand, Cas d'aménorrhée complète chez une femme de 35 ans. Traitement par l'albuminate de fer. Grossesse.** Fall von completer Amenorrhoe bei einer 35 j. Frau. Behandlung mit Eisenalbuminat. Schwangerschaft. (L'Union médicale 1881. Nr. 41.)

Die betreffende Pat. war mit 17 Jahren einmal schwach menstruirt. Seit dieser Zeit stellten sich in monatlichen Intervallen die gewöhnlichen Menstrualbeschwerden ohne jede Spur von Blutung ein. Die verschiedensten Emmenagoga waren ohne Erfolg angewendet worden. Der zwei Jahre hindurch fortgesetzte Gebrauch von Eisen in Pillenform hatte nur die Wirkung gehabt, dass sich ernsthafte Verdauungsstörungen einstellten. J. constatirte zunächst normales Verhalten der Geschlechtsorgane und verordnete dann für einen Monat leichte, roborirende Diät, aber Abstinenz von jedem Medicament. Darauf gab er citronensaures Eisen in einer Eiweisslösung, später eine Lösung von Eisenalbuminat. Beides wurde gut vertragen; nach 6 Wochen zeigten sich die ersten Spuren einer menstruellen Blutung, dann folgten die Menses 4 mal regelmässig und reichlich, worauf normal verlaufende Schwangerschaft eintrat.

Brockhaus (Godesberg).

---

128. **T. S. Warren** (N.-York), **The Hystero-Neurosis of the stomach in Pregnancy.** Hystero-neurosis des Magens während der Schwangerschaft. (N.-Y. Med. Rec. 26. März 1881. S. 339.)

Wo das lästige Erbrechen der Schwangeren durch sorgfältige Regelung der Diät mit besonderer Berücksichtigung einer etwaigen Constipation nicht beseitigt werden kann, will W. durch die Sol. Fowleri den günstigsten Erfolg erzielt haben. Er gibt dieselbe in Tropfendosen nüchtern.

J. W. Warren.

---

129. **Dr. Fronmüller** (Medicinalrath in Fürth), **Einiges über Pilocarpin.** (Memorabilien. XXV. Jahrg. 12. Heft.)

Verf. hat von den verschiedensten Pilocarpin-Salzen (baldrian-, salicyl-, schwefel-, salpeter- und salzsaurem) sowie dem reinen Pilocarpin ausgedehnten Gebrauch gemacht, besonders von dem salzsauren Pilocarpin, und hat bei allen Affectionen, bei denen eine ausgiebige Vermehrung der Speichel- und Schweisssecretion wünschenswerth erschien, eine sichere, energische und bestimmt umgrenzte Wirkung gesehen.

Besonders günstig war die Einwirkung des Piloc. muriaticum bei den langdauernden und hartnäckigen Quecksilber-Vergiftungen, welche bei Arbeitern in Spiegelfabriken auftreten und unter der Form des Tremor mercurialis, seltener mit Salivation oder in Verbindung von Salivation und Tremor auftraten. Zwei Beobachtungen bei Erkrankungen ohne Speichelfluss werden des Nähern mitgetheilt. Bei dem ersten war der Tremor, wie dies gewöhnlich der Fall sein soll, plötzlich durch einen Schreck entstanden und nur sehr hochgradig, an der Beckenwand sowie am Gaumen bestanden ausgebreitete, weissgraulänzende Flecken der Mundschleimhaut, die Verf. als durch Aufnahme von Hg in die Epithelien sich entstanden erklärt und wie sie sich ähnlich auch bei Beivergiftungen finden. Nach 7-wöchentlicher Behandlung mit 6 Jaborandi Schwitzungen sowie 23 subcutanen Pilocarpin-Injectionen war Pat. von seinem Tremor geheilt. Der durch Pilocarpin erzeugte Speichel wurde einmal von Prof. Hilger in Erlangen nach der Ludwig'schen Methode untersucht und Quecksilber darin vorgefunden. Im zweiten Falle war der Tremor noch hochgradiger und veranlasst durch Arbeiten mit dem stark oxydirenden und daher besonders giftigen Almaden'schen Quecksilber. Nach 9 Wochen und 38 Pilocarpin-Injectionen à 0,02—0,03 alle zwei Tage, wurde Heilung erzielt.

Bartold.

---

130. **Eduard Fodeus, Ueber Anwendung des Natr. benzoicum beim Soor.** (Journal de médecin, de chirurgie et de pharmacologie. 1881.)

Verf. giebt die verschiedenen Krankheiten an, bei denen das Natr. benz. angewandt wurde, sodann die Art und Weise dieser Anwendung, und theilt 5 Fälle von Soor mit, bei denen er dieses Mittel mit konstantem Erfolg anwandte: Er umwickelt den Zeigefinger mit einem in eine Lösung von 3,0/25 aq. getauchtes Stückchen Leinwand und reibt damit die parasitären Produkte von der Mundschleimhaut ab. Dieses Verfahren wird am nächsten Tage, wenn nöthig, wiederholt. Daneben wird alle 2 St. dieselbe Lösung auf Zunge und Mundschleimhaut aufgepinselt. Hat die Affektion Pharynx und Oesophagus ergriffen, so kann man das Natr. benz. zu 3—5 gr innerlich geben. Daneben müssen die Störungen im Darmcanal bekämpft, und die Kräfte des Pat. erhalten werden.

Kohts (Strassburg).

131. Scarpari Salvatore, L'elettricità nella coprostasi da atonia intestinale. Die Electricität bei der Koprostase aus Darmatonie. (Annali universali di medicina e chirurgia. Heft 2. S. 97—115.)

Die Electricität ist schon lange und von verschiedenen Seiten gegen Obstructio alvi empfohlen worden; indess fehlte es an einer genauen Präcisirung derjenigen Formen, in denen sie indicirt ist. Gerade die unterschiedliche Anwendung in allen Fällen von Verstopfung, wie sie von einigen geübt wurde, und ihre Erfolglosigkeit in einer grossen Zahl derselben war nach S. der Grund, warum sie in den Fällen, in welchen sie entschieden Vorzügliches leistet, bisher so wenig in Gebrauch gezogen ist. Diese letzteren sind diejenigen, bei denen ein subparalytischer Zustand der Darmmuskulatur und verminderte Peristaltik als Grund der Verstopfung angesehen werden muss, während die Electricität Nichts leistet bei Koprostase in Folge von innerer Einklemmung, Invagination etc. Die Differentialdiagnose zwischen diesen verschiedenen Zuständen ist nicht immer leicht und hat S. daher die Kriterien, welche im gegebenen Falle diagnostisch verwerthbar sind, zusammengestellt. Die Obstruction in Folge von Darmatonie entwickelt sich immer langsam, in der Art, dass an irgend einer Stelle die Faeces liegen bleiben, verhärten, den Darm ausdehnen, dadurch den subparalytischen Zustand seiner Muskulatur verschlimmern und schliesslich zu einem vollständigen Verschluss führen. Die unterhalb dieser Stelle im Darme befindlichen Faeces werden nach und nach entleert, dann tritt vollkommene Verstopfung ein. Der Leib wird durch Gasentwicklung stark aber gleichmässig aufgetrieben, es bestehen diffuse Schmerzen, das Allgemeinbefinden wird wenigstens anfangs nicht in sehr erheblicher Weise beeinträchtigt. Bei dem Darmverschlus durch Invagination, Axendrehung etc. dagegen ist der Verlauf ein ganz acuter, sofort auf reflectorischem Wege hervorgerufenes heftiges Erbrechen: allgemeiner Collaps, heftiger, aber mehr auf eine Stelle fixirter Schmerz, ungleichförmige Auftreibung des Leibes. Dabei braucht nicht vollständige Verstopfung zu bestehen, indem noch die Contenta der unterhalb des Verschlusses gelegenen Darmpartieen sich nach und nach entleeren können. Auch die Anamnese ist von Wichtigkeit. Ergibt dieselbe längere Zeit bestehenden chronischen Darmkatarrh oder Neigung zur Obstruction, oder sind nervöse Störungen vorhanden, die eine mangelhafte Innervation der Darmmuskulatur annehmen lassen, so wird als Grund der Koprostase Darmatonie wahrscheinlich. Ist eine Peritonitis vorhergegangen so muss an die Möglichkeit von Adhäsionen resp. durch sie verursachte innere Einklemmung gedacht werden. Bei Frauen ist stets der Uterus in Bezug auf Beweglichkeit, Verhältniss zu den Nachbarorganen, etc. zu untersuchen. S. hat in 5 näher beschriebenen Fällen von Koprostase durch Darmatonie die Electricität mit Erfolg angewandt. Bei zweien konnte als Grund der Atonie mangelhafte Innervation der Darmmuskulatur angenommen werden; der eine betraf eine an hysterischen Störungen der mannigfachsten Art leidende Dame, in dem andern war eine heftige, diphtheritische Infection vorhergegangen. S. brachte den einen Pol des Inductionsapparates in's Rectum, mit dem andern strich er, indem er ihn etwas andrückte, über

die Bauchdecken. Er rühmte die prompte Wirkung dieses Verfahrens, indem durch dasselbe die Koprostase rasch gehoben wurde, nachdem die andern üblichen Mittel vergebens versucht worden waren. Nur in einem Falle blieb der Erfolg aus und glaubt S., dass die überaus starke Tympanie daran Schuld war. Dass die durch die Faradisirung hervorgerufenen Contractionen der Bauchmuskeln und des Zwerchfells unterstützende Wirkung dabei ausüben, giebt er zu, stimmt aber denen nicht bei, die Letztere als alleinige Ursache der erfolgenden Stuhlentleerung ansehen, ist vielmehr der Ueberzeugung, dass es möglich ist, vermittelst des electrischen Stromes durch die Bauchwand hindurch peristaltische Bewegungen des Darmes anzuregen. Noch wichtiger aber als diese einmalige Wirkung ist für ihn die Thatsache, dass es möglich ist, durch eine consequente und methodische Anwendung des inducirten Stromes den Tonus der Darmmuskeln wieder herzustellen und dadurch einem Recidiv der Koprostase vorzubeugen.

Schlusssätze:

1. Die Electricität ist das beste Mittel bei Constipation in Folge von Atonie des Darmes und ein vorzügliches Prophylacticum gegen durch Verstopfung verursachte Colik.

2. Ihr Nutzen stehe in geradem Verhältniss zum Muskeltonus der Bauchwandungen und dem mit dem Pole auf sie ausgeübten Druck, im umgekehrten zu dem bestehenden Meteorismus.

3. Die Wirksamkeit der Electricität ist der Dauer ihrer Anwendung proportional.

Brockhaus (Godesberg).

Faradisation gegen Ascites.

132. **Dr. Sigrist.** (Wratsch 1880. Nr. 9.)

Bei einem Patienten, welcher früher Pototar war und an febris intermittens gelitten hatte, jetzt an hypertrophischer Lebercirrhose mit erheblichem Ascites litt (Leibesumfang 103 ctm), unternahm S., nachdem eine 10 Tage dauernde Milchdiät fast erfolglos geblieben, eine systematische Faradisation der Bauchwände; ausserdem wurde dem Pat. eine leichte Bauchbinde angelegt.

Die Resorption der Ascitesflüssigkeit ging langsam vor sich; die Harnabsonderung stieg von 500—600 ccm auf 1200—1700 ccm. — Nach 3 Wochen war der Ascites vollständig geschwunden. — Der Leibesumfang um 21 ctm gefallen, das Gewicht des Pat. um 7,8 Kilo gesunken.

Krusenstern (Petersburg).

133. **Dr. Popoff.** (Wratsch 1880. Nr. 22.)

Pat. 63 Jahre alt, hatte zuerst 1853, später 1879 an heftigen febris intermittens gelitten.

Darauf traten hydropische Erscheinungen ein: Oedem der Füsse

und Ascites mit Leibesumfang von 105 ctm; die tägliche Ausscheidung des eiweisshaltigen Harns betrug 800—1000 ccm; bedeutende Milzschwellung. — Die Behandlung mit heissen Bädern, folia jaborandi und solutio arsen. Fowleri hatte in 2 Monaten nur eine geringe Abnahme des Ascites zur Folge: der Leibesumfang verminderte sich im Ganzen um 10 ctm. — Der Faradisation der Bauchwände folgte eine gehörige Steigerung der Harnausscheidung, wobei das Eiweiss verschwand; der Ascites verminderte sich merklich und war nach zweiwöchentlicher Behandlung nicht mehr constatirbar, der Leibesumfang war auf 80 ctm gefallen.

Die gleichzeitig vorgenommene Faradisation der Milz musste der Schmerzhaftigkeit wegen nach 10 Tagen ausgesetzt werden; die Milz nahm 3 ctm in beiden Durchmessern ab und blieb nach der eingestellten Faradisation unverändert.

Krusenstern (Petersburg).

134. **Dr. Frischmann.** (Tagebuch des ärztlichen Vereins in Kasan. Dnewnik obscht. Kasanskich wratschei 1881. Nr. 1.)

Fr. wandte ebenfalls mit Erfolg den faradisirten Strom in 2 Fällen von erheblichem Ascites an.

Die mm. obliqui, recti obdom. und die Harnblase wurden 1—2mal täglich 15 Minuten lang faradisirt. — In einem Fall nahm der Leibesumfang nach zweimonatlicher Behandlung von 82 auf 68 ctm ab; der Stuhlgang wurde regelmässig, die Harnausscheidung stieg bedeutend. — Im andern Fall schwand der Ascites nach zweimonatlicher Behandlung vollständig, der Leibesumfang verkleinerte sich, nahm von 110 auf 90 ctm ab.

Krusenstern (Petersburg).

135. **Dr. Karpoff.** (Medicinskoje Obosrenije 1880. August.)

K. wandte die Faradisation bei einem 16 jähr. Mädchen an, welches seit 3 Jahren nach einer fieberhaften Krankheit von Bauchwassersucht befallen war und erfolglos die adonis vernalis, digitalis und heisse Bäder gebraucht hatte. — Alle Mittel wurden ausgesetzt, eine Bauchbinde wurde angelegt und die Bauchwände 2—4 mal täglich 15 Minuten lang faradisirt. Der Leibesumfang fiel nach fünfwöchentlicher Behandlung von 82 auf 65 ctm, das Körpergewicht von 127½ Pfund auf 114 Pfund.

Allgemeine Besserung, nur noch Spuren von Ascitesflüssigkeit. — Im zweiten Falle hatte sich der Ascites in Folge von Leberkrebs entwickelt. Es wurde wegen Schmerzen in der oberen Partie des Unterleibes nur die untere faradisirt. Der Leibesumfang vor Beginn der Behandlung 98, nach dreiwöchentlicher Behandlung 90 ctm. — Pat. erholte sich indessen so, dass er sogar an Gewicht um 2½ Pfd. zunahm (von 135—137½ Pfund).

Unter Hinweis auf diese Fälle spricht Dr. Karpoff die Ansicht aus, dass die Faradisation durch Vermehrung der Bauchpresse den Druck

in der Peritonealhöhle steigert und dadurch die Resorption der Flüssigkeit durch die Lymphwege vermehrt, die vielleicht auch durch abwechselnde Contractilität des Zwerchfells weiter angeregt wird, und proponirt aus diesem Grunde die Faradisation der Intercostalmuskeln bei Pleuraergüssen zu versuchen.

Krusenstern (Petersburg).

Neue Bücher.

Bäumler, Der sogenannte animalische Magnetismus oder Hypnotismus. Leipzig, F. C. W. Vogel. 2 M.

Beard, Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung, in's Deutsche übertragen von Neisser. Leipzig, F. C. W. Vogel. 4 M.

Binz, Grundzüge der Arzneimittellehre. Siebente neu bearbeitete Auflage. Berlin, Hirschwald. 6 M.

Bresgen, Der chronische Nasen- und Rachenkatarrh. Mit 11 in den Text gedruckten Abbildungen. Wien, Urban und Schwarzenberg. 2 M.

Emmet, Principien und Praxis der Gynäkologie. Deutsch herausgegeben von Dr. C. G. Rothe. Leipzig, Abel. Geb. 18 M.

Hecker, Ueber das Verhältniss zwischen Nerven und Geisteskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf ihre Behandlung in getrennten Anstalten. Cassel, Fischer. 1 M. 20 Pf.

Javoond, Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 10 fr.

Lecorché-Talamon, Etudes médicales faites à la maison municipale de Santé. Avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromalithographie. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 12 fr.

Rembold, Ueber Verletzungen des Kopfes und der Glieder der Kinder durch den Geburtsakt selbst und durch Einwirkungen äusserer Gewalt auf den Unterleib der Mutter während der Schwangerschaft und deren gerichtsärztliche Bedeutung. Mit 1 lithogr. Tafel. Stuttg., Enke. 2 M.

Robert, Contribution au traitement de la pleurésie purulente. Indications et contre-indications de la pleurotomie, opération de l'empyème par l'incision intercostale. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr. 50 cts.

Roux, Der Kampf der Theile im Organismus. Ein Beitrag zur Vervollständigung der mechanischen Zweckmässigkeitslehre. Leipzig, Engelmann. 4 M.

Starcke, Die Missstaltung der Füsse durch unzweckmässige Bekleidung (Samml. klin. Vorträge 194). Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Sonnenschein, Handbuch der gerichtlichen Chemie. Neu bearb. von A. von Classen. 2. Aufl. Berlin, Hirschwald. 14 M.

Vulpian, Du mode d'action du salicylate de sonde dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Paris, Doin. 1 fr. 50 cts.

Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten f. Aerzte und Studirende. I. Bd. Cassel, Fischer. 12 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **20. Mai.** **Nro. 10.**

Inhalt. Referate:

136. **Conti Pietro, Un caso singolare di rabbia umana.** Ein eigenthümlicher Fall von Lyssa humana. (Annali universali di Medicina e chirurgia. Heft 3. S. 193—221.)

Der vorliegende Fall verdient nach C. die Bezeichnung „eigenthümlich“, weil trotz des definitiven letalen Ausgangs die sonst so überaus heftigen Symptome der Hundswuth in ganz milder Form auftraten, so dass man geneigt sein könnte, ihn als „Rabies sine rabie“ aufzufassen.

Ein 37jähriger Mann, der bis dahin keinerlei krankhafte Erscheinungen von Seiten des Nervensystems gezeigt hatte, wurde am 3. December 1880 von einem Hunde ins Gesicht gebissen und trug dabei 3 kleine Wunden auf und in der Umgebung der Nase davon. Erst 2—3 Stunden später wurden letztere von einem Arzte ausgewaschen, mit Chlorzink und darauf mit kaustischem Kali geätzt. Die Abstossung des Schorfes und die Heilung der Wunden erforderte einen Zeitraum von 14 Tagen. Darauf während weiterer 14 Tage vollkommenes Wohlbefinden. Gegen Ende December wurde zuerst eine geringe Schwächung

der Intelligenz, Schlafneigung und eine Umstimmung im Charakter des Pat. bemerkt; während er früher sehr still und zurückgezogen gelebt hatte, fing er an, Gesellschaft zu suchen etc. Zu gleicher Zeit klagte er über ein unbestimmtes Gefühl von Schmerz in den Narben und im Nacken. Am 1. Januar trat allgemeines Uebelbefinden, heftiges Erbrechen grüner, schleimiger Massen, Unruhe, Angst, Kopf- und Nackenschmerz ein; der Puls war klein und verlangsamt (60 Schläge), die Temperatur subnormal. Nach einer schlaflosen Nacht heftiger, kurzer Anfall von Dyspnoe, der sich am 3. Januar wiederholte. Das Gesicht war entstellt, leichte Zuckungen der Gesichtsmuskeln zeigten sich. Leichte Röthung und Gefühl von Brennen im Schlunde, Schlucken in keiner Weise erschwert, Appetit fehlt vollständig. Am 4. Januar wird der Kranke ins Hospital übergeführt. An diesen und den folgenden Tagen blieb der Zustand mit geringen Schwankungen nahezu derselbe (bezüglich der Einzelheiten muss auf die genaue Krankengeschichte des Originals verwiesen werden). Das Erbrechen liess nach, die Unruhe, die Zuckungen der Gesichtsmuskeln bestanden fort; dann und wann stellten sich tiefe, seufzende Inspirationen ein; die Deglutition, besonders flüssiger Substanzen, etwas erschwert. Temperatur in der Achselhöhle normal, Puls klein und unregelmässig, zwischen 60 und 90 Schlägen schwankend. Extremitäten kühl und livide. Die Narben zeigten ausser bläulichrother Verfärbung und leichter Schmerzhaftigkeit bei Druck nichts abnormes. Das Sensorium war während dieser ganzen Zeit völlig klar und auch von Seiten der Sinnesorgane nichts abnormes zu constatiren. Am 7. Januar zeigten sich die ersten Symptome des beginnenden paralytischen Stadiums; hochgradige Schwäche der Armmuskeln, stille Delirien, kleiner, frequenter Puls. Am 9. Januar begann die bis dahin normale Temperatur zu steigen und erreichte am Morgen des 10. (1 Stunde vor dem Tode) 40,0° C. Der Exitus erfolgte im Zustande tiefen Collapses. Rectaltemperatur nach dem Tode 41,4° C. Die Behandlung hatte anfangs in der innerlichen Darreichung von Opium und Chloral bestanden; des heftigen Erbrechens wegen wurde letzteres Mittel nachher im Clysma (zu 2—3 gr) gegeben und jedesmal damit eine kurzer oder länger dauernde Ruhe erzielt. Ausserdem wurde am 3. Januar eine subcutane Injection von Morphium und Atropin (0,01 resp. 0,001) gemacht, sowie vom 6. Januar an Curarin zu 0,005 im Ganzen 7 mal subcutan applicirt. Eine mehrmals wiederholte Untersuchung zeigte vollständig normales Verhalten der Brust- und Bauchorgane; in den letzten beiden Krankheitstagen war starke Secretion der Bronchien beobachtet worden. Der Urin zeigte vom 5. Krankheitstage an allmählige Abnahme an Quantität und specifischem Gewicht, relative und absolute Verminderung des Harnstoffs und der Harnsäure, Vermehrung der Phosphate. Die Reaction war sauer; Eiweiss und Zucker wurden nicht gefunden. C. macht darauf aufmerksam, dass trotz des Fiebers die Producte der regressiven Metamorphose im Harne der letzten Krankheitstage vermindert waren, und glaubt als Grund dieser Erscheinung die durch das inficirende Virus verursachten Alterationen des Nervensystems ansprechen zu müssen. Die Autopsie beschränkte sich auf Eröffnung der Kopfhöhle. Ausser einer geringen Menge röthlichen Serums unter der Dura mater, Trübung, Verdickung

und Hyperämie der Pia mater und dem Auftreten zahlreicher Blutpunkte auf dem Durchschnitt der weissen Substanz wurde nichts Bemerkenswerthes gefunden. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht angestellt.

Der Fall zeichnet sich also aus durch das vollständige Fehlen der Wuthausbrüche und der hydrophobischen Symptome; die Deglutition war nur im Anfang vorübergehend etwas erschwert; starkes Anblasen des Kranken sowie die Annäherung heller, glänzender Gegenstände blieben ohne jeden Einfluss. Trotzdem glaubt Verf. die Diagnose der Lyssa aufrecht halten zu müssen, wie er in der Epikrise unter Besprechung der etwa in Frage kommenden anderweitigen Krankheitszustände ausführt. Er stellt eine Anzahl ähnlicher, in der Literatur verzeichneter Fälle zusammen, kann sich aber der Ansicht Bollingers, dass es sich dabei um Zustände, analog der sogen. stillen Wuth der Hunde handle, nicht anschliessen. Letztere ist dadurch charakterisirt, dass das melancholische Stadium direct in das paralytische übergeht — vielleicht in Folge einer besonders heftigen Wirkung des Giftes — und der Verlauf ist ein sehr rapider, während der vorliegende Fall sich durch einen auffallend langsamen Verlauf (230 Stunden) auszeichnet. In Bezug hierauf erwähnt C., dass er in der Litteratur nur einen einzigen Fall aus London, dessen Diagnose aber nicht ganz sicher ist, von längerer Dauer (14 Tage) gefunden habe. Ob der frühzeitige Gebrauch von Opium, Chloral und Morphium von Einfluss auf den milden Verlauf der Erkrankung gewesen ist, trotzdem es nicht möglich war, weder durch diese Mittel noch durch das später in Anwendung gezogene Curarin den exitus letalis zu verhüten, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Schliesslich erörtert er in eingehender Weise die Angaben verschiedener Autoren über Wesen und Verlauf der Lyssa, über die Wirksamkeit resp. Unwirksamkeit der dagegen empfohlenen Mittel und über die pathologisch anatomischen Befunde im lymphatischen und nervösen System.

Brockhaus (Godesberg).

---

137. **Rossi Ella, Bey, Sulla febbre reumatica eritematosa che regnò epidemica in Cairo nel 1880.** Ueber das erythematöse, rheumatische Fieber, welches im Jahre 1880 epidemisch in Cairo herrschte. (Annali universali di medicina e chirurgia. Heft 3.)

Verf. hat während seiner 43 jährigen Praxis jährlich im Herbst vereinzelte Fälle dieser Krankheit, welche in Indien, China, Sudan und an der afrikanischen Küste endemisch herschen soll, beobachtet. In den Monaten Juni bis October 1880 trat dieselbe in einer ausgedehnten Epidemie auf. Da ein grosser Theil der Erkrankten keine ärztliche Hülfe nachsuchte, ist eine genaue Angabe der Zahl der Krankheitsfälle nicht möglich. Der Verlauf war in Kurzem folgender. Bei bis dahin ganz gesunden Personen tritt plötzlich abwechselndes Frost- und Hitzegefühl mit krampfartigen Schmerzen in der Nierengegend, den

Knieen und Waden auf. Dann folgt eine Erhöhung der Temperatur bis 42° C., die zuweilen schon nach 24 Stunden dauernd zur Norm zurückkehrt. Meist besteht höheres Fieber 3—4, seltener 7 und in einzelnen Fällen bis zu 15 Tagen. Zugleich mit der Temperatursteigerung oder auch etwas später entwickelt sich, vom Gesicht anfangend, ein bald mehr oder weniger confluirendes, bald in zerstreuten Flecken auftretendes, oft allgemeines Erythem; in einzelnen Fällen erscheint der ganze Körper wie mit Anilin gefärbt. Dies Erythem verschwindet, ohne dass sich Desquamation der Haut einstellt, zuweilen schon nach wenigen Stunden, meist besteht es mehrere Tage. Der Durst ist nicht in auffallender Weise vermehrt, der Urin zeigt nichts Besonderes. Starke Diaphorese, oft 3—4 Tage dauernd, beendet den Anfall und leitet die Reconvalescens ein, welche indess ziemlich lange Zeit in Anspruch nimmt.

Obwohl öfters bei längerer Dauer der Erkrankung in Folge des anhaltenden Fiebers drohende Erscheinungen sich einstellten, hatte Verf. doch keinen Todesfall zu beklagen; während der Epidemie war die allgemeine Mortalität sogar sehr gering um 15% geringer, als in den beiden vorhergehenden Monaten. In einigen Fällen war der Verlauf der Krankheit in sofern von der Norm abweichend, als sich neben den geschilderten Symptomen heftige Kopf- und Magenschmerzen mit Schwindelanfällen einstellten; bei einem Kinde begann die Krankheit mit eklamptischen Anfällen; viermal wurde ein typhusähnlicher Verlauf beobachtet und 3 Fälle boten gewisse Aehnlichkeiten mit Recurrens. Bemerkenswerth ist ferner, dass während der Dauer der Epidemie viele Personen an hartnäckigem Schwindel, Gastralgie und Verdauungsstörungen litten, ohne dass bei ihnen das Fieber und das Erythem zum Ausbruch kamen. Die Medication bestand in der Darreichung eines Emeticums, welches regelmässig grössere Mengen galliger Massen herausbeförderte und in der Anwendung von Laxantien, welche die Entleerung schwarzer, höchst übelriechender Excremente herbeiführten. Diese Therapie genügte in der grössten Anzahl der von R. behandelten Fälle, um Nachlass des Fiebers und der übrigen Krankheitserscheinungen zu bewirken; das von anderer Seite sehr empfohlene Chinin hat Verf. nur in den protrahirten Fällen angewandt. Betreffs der Aetiologie bestreitet er, dass die Krankheit eingeschleppt und contagiöser Natur sei; er glaubt vielmehr, dass es sich um einen rheumatischen Process handele und findet den Grund in den eigenthümlichen Witterungsverhältnissen des Sommers 1880: die meist mit Ende des Frühjahrs vollständig cessirenden atmosphärischen Niederschläge hielten in diesem Jahre bei vorherrschender westlicher und nordwestlicher Windrichtung ungewöhnlich lange an. Dass Intermittens mit im Spiele sei, glaubt Verf. aus dem Grunde nicht annehmen zu sollen, weil die Epidemie gerade in die für die Entwicklung des Malariagiftes ungünstigen Monate fiel und mit der beginnenden stärkeren Durchfeuchtung des Bodens im November erlosch.

Brockhaus (Godesberg).

138. Dr. O. Pinner, Diphtheritis und Tracheotomie. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. XIV. 3. u. 4 S. 288.)

Vom 1. April 1877 bis 1. Okt. 1880 sind in der chirurgischen Klinik zu Freiburg 137 Fälle von Diphtheritis beobachtet worden, von denen 45,98 %, bei Abzug von 6 Erwachsenen (1 Tod) 44,27 % mit Genesung endigten. In 100 Fällen, welche Kinder betrafen, wurde die Tracheotomie ausgeführt; 33 genasen. Die Prognose ist abhängig von dem Charakter der Epidemie: November und December 1879 wurden 23 Operationen ausgeführt, mit nur 4 Heilungen, im 1. Quartal 1880 23 Operationen mit 13 Heilungen. Bei Kindern unter 2 Jahren kam keine Genesung vor, vom 3. bis 7. stieg der Procentsatz der Heilung entsprechend dem höheren Alter. Der Tod trat am häufigsten am 1. Tage nach der Operation ein, vom 5. Tage an ist die Prognose günstiger.

In den ersten Fällen von Diphtheritis bestand die Behandlung in Auswischen der hinteren Rachenpartien mit einem in Salicylspiritus getauchten Schwamm. Da ein wirklicher Erfolg nicht beobachtet wurde, beschränkte man sich später darauf, die Mundhöhle mit antiseptischen Substanzen zu reinigen, durch Einathmung warmer Wasserdämpfe die Lösung der Membranen zu beschleunigen und durch die Diät die Kräfte der Kinder so lange wie möglich zu erhalten. Bei bedeutender Dyspnoe wurde das Aussetzen des Radialpulses bei der Inspiration nie vermisst, wodurch die Indication zur Operation gegeben war. Weder das Alter der Kleinen, noch das Bestehen einer Complication seitens der Respirationsorgane galt als Contraindication. Die Operation, meistens die Tracheotomia inferior, wurde bei herabhängendem Kopf ausgeführt. Nach der Operation wurden die Kinder in ein Zimmer untergebracht, welches mit einer Dampfleitung von einer Dampfmaschine her versehen ist; diese Leitung endigt in bewegliche Arme, welche erlauben den Dampf (25—35° C.) nach verschiedenen Richtungen und in verschiedene Entfernungen von den Kranken ausströmen zu lassen. Innerlich wurde Kali chlor. gereicht und kräftigende Diät verordnet.

P. spricht sich gegen die Anwendung der Emetica bei diphteritischen Stenosen aus, weil sie doch unnütz seien und dadurch, dass die Kräfte der Kinder enorm in Anspruch genommen werden, nur schaden könnten. Der Tod der apnoischen Kinder erfolgte meist durch Uebergreifen der Diphtheritis auf die Bronchien, durch katarrhalische Pneumonie und durch Herztod.

Doutrelepont.

---

139. Prof. Waldenburg, Atrophie des Recurrens durch Aneurysma Arcus Aortae. (Charité-Annalen VI. Jahrg. St. 297—311.)

Aorten-Aneurysmen sind viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt, weil diejenigen Aneurysmen, welche den Arcus aortae betreffen und in der Tiefe des Brustkastens sich entwickeln, durch Inspection, Palpation, Auscultation und Percussion meist nicht zu diagnosticiren

sind, und auch mit unbedeutenden subjectiven Beschwerden zuweilen auftreten. Jedoch giebt es 2 Symptome, die bei dem Fehlen aller übrigen, schon einen ziemlich sicheren Schluss gestatten, nämlich eine Recurrens-Lähmung, sowie eine Puls-Differenz an den Radial-Arterien. Die Recurrens-Lähmung, welche durch Heiserkeit und laryngoscopisch durch Cadaver-Stellung eines Stimmbandes resp. wenn das gesunde Stimmband vicariirend für das gelähmte eintritt, durch ein schiefes Aussehen des Kehlkopfes sich documentirt, kann die Folge einer rein functionellen, meist hysterischen Neurose sein, was selten ist. Seltener noch ist die Lähmung centralen Ursprungs (W. sah nur einen solchen Fall). Häufiger dagegen sind es Tumoren innerhalb des Thorax; wie z. B. Carcinom des Mediastinum oder geschwollene Lymphdrüsen; jedoch steht die Häufigkeit der Aneurysmen als Ursache obenan. Meist ist die Lähmung entsprechend dem Sitz des Leidens linksseitig, seltener rechtsseitig.

Die durch den Kehlkopfspiegel-Befund nur wahrscheinliche Diagnose sichert die Ungleichheit des Pulses, indem der Puls der afficirten Seite niedriger ist, die Pulswelle später kommt und das Arterienrohr weniger gespannt und weniger voll ist.

In einer grossen Anzahl von Fällen, wofür einige Beispiele angeführt werden, rechtfertigte der Verlauf die auf die oben beschriebenen Befunde hin gestellte Diagnose, in anderen Fällen blieb die Stimmband-Lähmung stationär und dennoch entwickelte sich kein Aneurysma, so dass bei diesen, bei Ausschluss anderer Entstehungs-Ursachen, der Verf. geneigt ist, eine Heilung von dem Aneurysma anzunehmen, wie die Literatur solche Fälle beschreibt.

In manchen Fällen schienen die Anfänge der Krankheit auf ein Trauma zurückführbar zu sein, wofür ein Fall angeführt wird, wo ein 60 jähriger Mann durch Sturz auf den ausgestreckten Arm, wahrscheinlich also durch Zerrung der grossen intrathoracischen Gefässe bei atheromatöser Gefäss-Erkrankung ein Aneurysma acquirirte. Das oftmals frühzeitig beobachtete Blutspeien bei Aneurysma führt Verf. auf eine Hyperämie und leichte Verletzlichkeit derjenigen Stelle eines Bronchus zurück, welche durch das Aneurysma vorgewölbt wird.

Der mitgetheilte Krankheits-Fall, bei dem die Obduction ein cylindrisches Aneurysma des Arcus Aortae mit Atrophie des dasselbe umschlingenden nerv. recurrens ergab, betraf eine 38jährige Frau, welche an den Erscheinungen einer Lungen-Phthise zu Grunde ging und bei der die Diagnose intra vitam in sofern schwierig war, als nur Recurrens-Lähmung und Puls-Differenz bestand und die Lungen-Phthise den Gedanken an geschwollene käsige Lymphdrüsen innerhalb des Brustkorbes nahe legten.

Bartold.

---

140. **Dr. Schütz** (Docent in Prag), **Ueber Angina pectoris.** (Allg. Wiener medic. Zeitung. 1881. Nr. 9—13.)

Im Anschluss an 54 Fälle von Angina pectoris, welche im Jahre 1872 veröffentlicht sind, berichtet Verf. über weitere 21 Fälle. Diese

Fälle, zusammen 75, waren zumeist schwerer Art, 63 Sterbefälle waren unter ihnen zu verzeichnen. In fast allen Fällen, in denen es zu dem in seinen Erscheinungen wechselnden Anfalle kommt, konnten Zeichen der Herz-Muskulatur-Erkrankung stets nachgewiesen werden. Es fand sich bei den meisten Patienten eine auffallende Neigung zur Fettbildung, Verbreiterung der Herzdämpfung nach allen Seiten, dumpfer erster Ton, der zweite Ton bei vermuthlicher Arteriosclerose etwas lauter, Arterien mehr oder weniger rigide, Puls oftmals unregelmässig, Unterleibsorgane meist intact. Die Patienten standen alle im Stadium der Involution und waren von ihnen bis 45 Jahre alt 5, 45—50 Jahre 6, 50—60 Jahre 15, 60—70 Jahre 29, 70—80 Jahre 20 Patienten. Herzklappenfehler oder Asthma war in keinem Falle vorhanden, vielmehr äusserte sich der Anfall vorwiegend in starken Schmerzen unter dem Brustbein, oftmals nach den Schultern ausstrahlend und sehr starken Beklemmungen. Die Herzthätigkeit wurde im höchsten Grade arhythmisch. Der Anfall kehrte meist nach einiger Zeit wieder und kann durch seine Folgeerscheinungen: Stauungen nach der Lunge, dem Gehirn (Lungen- oder Hirn-Oedem) entweder acut tödtlich werden, oder es entwickeln sich die Stauungs-Erscheinungen (chronischer Lungen-Katarrh, Anasarca) langsamer und führen so schliesslich zum Exitus letalis. Die Prognose ist also immer eine trübe. Verf. sucht die Ursache für alle seine Fälle in Veränderungen der Herz-Muskulatur (Verfettung), obwohl Obductions-Befunde nicht immer die Diagnose erhärtet zu haben scheinen. Den ganzen Symptomen-Complex bei seinen beobachteten Fällen hält Verf. für eine „selbstständige, dem hohen Alter eigenthümliche Krankheit," bei welcher das fettig entartete Herz bestimmte krankhafte Zustände einzelner oder mehrerer Herznerven verursacht und zu Anfällen führt, die jenen gleichen, welche die Neuropathologen für die reine nervöse Angina pectoris vindiciren.

Die Behandlung muss zunächst die Diät, die Beschäftigung und körperliche Bewegung des Kranken regeln. Es sollen Fettbildner, stärkere Alcoholica gemieden werden und nur leichter Wein mit Wasser, Weintrauben, frisch gedünstetes Obst, leichter Kaffee und leichte Speisen geduldet werden. Fernerhin empfehle man viel Aufenthalt in frischer Waldluft, kalte Waschungen des Körpers. Während des Anfalles sind Frottirungen, Hautreize, Handbäder von Nutzen, Morphium und Amylnitrit oft nutzlos und gefährlich. Entwickeln sich Störungen in den Lungen, so wird ein starkes Ipecacuanha-Infus empfohlen.

Einen besonderen Nutzen verspricht sich Verf. nicht von Trinkkuren, reducirte auch den Gebrauch der warmen Bäder auf ein Minimum und redet einer energischen Kaltwasser-Behandlung ebenfalls nicht das Wort. Nach längerem Abführen und Application von Vesicantien und Fontanellen sah er einige Male guten Erfolg. Digitalis selbst blieb unwirksam. Electricität, welche von Eulenburg empfohlen sei, hat Verf. nicht versucht. Die benutzten Abführ-Pillen bestanden aus: Gummi guttae, pulv. fol. digital. purp., Extr. gratiolae āā 1,0 Pulv. et Extr. pimpinellae quant. satis ad pill. Nr. 15, 3 stündlich 1 Pille.

Bartold.

141. **Dr. B. Fränkel** (Berlin), **Ueber den Zusammenhang des Asthma nervosum und Krankheiten der Nase.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 16 u. 17.)

Nach Anführung der von Voltolini, Haenisch, Hartmann, M. Schäffer publicirten Beobachtungen, und kurzer Mittheilung seiner eigenen 5 Fälle erörtert Dr. Fr. den Zusammenhang zwischen den Nasenpolypen und nächtlichem Asthma — denn um diesen handelte es sich in obigen Fällen. Nach Exstirpation der Polypen wurde jedesmal das nächtliche Asthma beseitigt, bei Wiederkehr der Polypen erschien auch das Asthma wieder und man konnte zur Erklärung des letzteren weder Emphysem noch Herzaffectionen auffinden. Porter beschreibt den Fall eines Rachenpolypen mit Asthma, wo die Berührung des Polypen mit der Sonde die Athemnoth hervorrief. Wirkliche Stenose der Nasengänge bestand in mehreren Fällen nicht, so dass diese nicht der Grund des Asthma sein konnte. Fr. hält die Annahme eines Bronchialkrampfes für die wahrscheinlichste Erklärung des asthmatischen Anfalles, und das Asthma bei Nasenpolypen für einen Reflexkrampf bedingt durch abnorme Reize sensibler Nerven. Wie in andern Fällen der sensible Reiz vom Herzen, der Bronchialschleimhaut, dem Magen, dem Genitalapparat ausgeht, so hier von der durch den Polypen gereizten Nasenschleimhaut. Der vermittelnde Nerv ist wohl meistens der Trigeminus, seltener der Olfactorius. Fr. theilt den Fall einer Dame mit, bei welcher nach erfolgreicher Behandlung eines chronischen Nasencatarrhes nicht nur das seit langer Zeit bestehende Asthma schwand, sondern auch der früher nachweisliche Bronchialkatarrh aufhörte. Dieser Zusammenhang von Nasenleiden mit Asthma wird auch dadurch illustrirt, dass verschiedene Personen, die an nächtlichem Asthma litten, beim Aufstehen am Morgen einen acuten Schnupfen mit profuser, wässriger Secretion bekommen, welches schon Trousseau und Lebert als nervösen Schnupfen bezeichneten.

R.

---

142. **Prof. Fräntzel** (Oberstabsarzt), **Klinische Beobachtungen.** (Charité-Annalen. VI. Jahrg. S. 265—296.)

1. Ueber den Gebrauch des Duboisin gegen die Nachtschweisse der Phthisiker.

In 13 Fällen von ausgesprochener Lungen-Schwindsucht, sowie bei 2 Fällen von Polyarthritis rheumatica in der Reconvalescenz, welche sämmtlich mit starken Schweissen verbunden waren, wurde das nach Ladenburg dem Hyoscyamin gleich zusammengesetzte Duboisin in Dosen von $^1/_4$—$^1/_2$ mgr pro dosi et die in Pillen (mit Argillum) verabreicht. Von dem anfänglichen Versuche der Application unter die Haut, wurde nach kürzerer Zeit aus äusseren Gründen Abstand genommen. Prof. Fräntzel resumirt, dass „der mit dem Duboisin erzielte Erfolg dem des Atropin weit nachstehe. Denn erstens war die Wirkung des Duboisin

nur selten eine prompte, meist musste es erst mehrere Tage hindurch genommen werden, ehe es die Schweisse ganz zum Schwinden brachte; zweitens gelang dies unter der geringen Zahl der mitgetheilten Fälle nicht immer, und drittens waren Nebenerscheinungen häufig und dabei nicht selten so unangenehm, dass von einer weiteren Anwendung des Mittells Abstand genommen werden musste". Die unangenehmen Neben-Erscheinungen bestanden in Trockenheit im Halse, Schlingbeschwerden, Uebelkeiten und Brechreizung, Eingenommensein des Kopfes, Schwindel. Ein Patient bekam nach der 3. Dosis Delirien.

2. Ein Fall von Lähmung der Glottisverenger mit Spasmus der Glottiserweiterer.

Ein 20 jähriger junger Mann war plötzlich heiser geworden, die Heiserkeit hatte allmählich zugenommen und schliesslich zu vollständiger Stimmlosigkeit geführt. Irgend welche Kehllaute wurden auf keine Weise hervorgebracht. Im Larynx bestand etwas Hyperästhesie, laryngoscopisch zeigte sich bei einer etwas stärker als normal gerötheten Kehlkopf-Schleimhaut, dass die wahren Stimmbänder in tiefster Inspirations-Stellung standen und nur zuweilen bei stärksten Respirations-Anstrengungen rückten die Stimmbänder etwas zusammen, schnellten aber sofort zurück. Directe Reizung derselben mit der electrischen Sonde ist äusserst schmerzhaft, der Effect desshalb nicht zu beobachten. Ein constanter oder inducirter Strom von aussen durch den Kehlkopf geleidet blieb ohne Effect. Aus der excessiven Inspirations-Stellung der Stimmbänder, die viel über die Cadaverstellung bei einfacher Lähmung der Glottisverenger hinausging, schliesst Verf. auf eine Contractur der m. cricoarytaenoidei postici, der Glottiserweiterer, welche letztere desshalb secundär ist, weil sich das Leiden langsam von Heiserkeit bis zur Stimmlosigkeit entwickelte, eine Veränderung antagonistischer Muskeln, auf die Riegel zuerst aufmerksam gemacht hat.

3. Zwei Fälle von Ueberanstrengung des Herzens.

Ein an schwere Arbeit gewöhnter, überaus kräftiger Mann bekam plötzlich, als er eine besonders schwere Last zu heben im Begriff steht, heftige Stiche in der linken Brust, welche bis in die linke Schulter ausstrahlen und dazu gesellen sich eine solche Unruhe und Kurzathmigkeit, dass er die Arbeit einstellte und das Haus aufsuchte. Er wurde später 16 Wochen im Krankenhaus behandelt, und wurde hier von seiner Kurzathmigkeit sowie dem Gefühl von Beunruhigung auf der Brust und von wassersüchtigen Erscheinungen soweit hergestellt, dass er, wenngleich bei geringerer Leistungsfähigkeit wie früher, seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Ein Jahr später wiederum beim Heben einer sehr schweren Last bekam er dieselben Erscheinungen wie früher, nur viel heftiger. Er wird mit höchster Athemnoth, Cyanose und Collaps des Gesichtes, Zeichen von Lungen-Oedem in die Charité aufgenommen. Die Herzdämpfung ist wesentlich vergrössert und geht $2^1/_2$ cm über die linke Mammillar-Linie und 2 cm über den

rechten Sternal-Rand hinaus, Herzaction unregelmässig, 148 bis 160 Contractionen. Mit der Systole ein schwaches geräuschähnliches Schall-Moment. Leberdämpfung vergrössert, Transsudate in den serösen Höhlen, Anasarca. Es lage also ein schweres Herzleiden vor, welches durch eine einmalige starke Körper-Anstrengung entstanden war. Letztere hatte zu enormer Steigerung des Druckes im Aortensystem geführt und dadurch eine Dehnung des Herzmuskels herbeigeführt. Eine Dehnung des Herzmuskels und nicht eine Zerreissung eines Klappenzipfels ist desshalb wahrscheinlich, weil der Pat. nach der ersten Attacke seines Leidens wieder arbeitsfähig wurde, sowie nach dem weiteren Verlauf des Recidivs. Die heftigen Schmerzen sowie die Unregelmässigkeit der Herzaction erklären sich aus einer Zerrung der intramuskulären Herznerven sowie durch Reflex von der inneren Herzfläche auf die vasomotorischen Nerven der betreffenden Extremität. Es handelte sich hier um eine wirkliche Ueberanstrengung des nicht hypertrophirten Herzens durch einen abnorm grossen Widerstand im Aortensystem. Wahrscheinlich war mit dieser Dehnung auch eine relative Insufficienz der Mitralklappe verbunden, obwohl ihr Vorhandensein nicht direct bewiesen werden konnte.

Es gelang nun in den nächsten Tagen zunächst das Lungen-Oedem zu beseitigen, die Athmung wurde freier und ruhiger, die Pulszahl sank, Oedeme wurden geringer, das Allgemein-Befinden besser. Die vorher verminderte Diurese steigerte sich erheblich, allmählich ging die Herzdämpfung in ihre normalen Grenzen zurück, das systolische Geräusch schwand gänzlich, die Herzaction blieb jedoch frequent und unregelmässig und die geringste körperliche Anstrengung bewirkte furchtbarste Athemnoth. Als der Kranke nach 4 monatlicher Behandlung die Anstalt verliess, hatten sich die Befunde der objectiven Untersuchung wenig verändert, und die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels und des gesammten Individuums waren noch auf das schwerste geschädigt.

6 Wochen später kam der Kranke in die Anstalt zurück mit einer sehr interessanten, bis jetzt nicht veröffentlichten Complication seines Herzleidens. Es bestand nämlich eine beginnende Haut-Gangrän an den Zehen, welche sich bis zu den Metatarsal-Knochen hinauf erstreckte, für die sich ein specieller Grund in Erfrierung nicht finden liess. Herzdämpfung normal, Herztöne rein, Herzaction frequent aber unregelmässig. Circumscripte Peritonitis um den Wurmfortsatz. Letztere verlor sich bald. Auch die brandigen Hauttheile der Zehen exfoliirten sich und heilten, jedoch trat noch mehrere Male, bevor die Herzthätigkeit kräftiger wurde, dunkelblaue fast schwarze Färbung der Hände mit gänzlicher Unempfindlichkeit und Kälte auf, welche zu beseitigen es der geeigneten Therapie jedes Mal gelang. Diese Erscheinungen der Gangrän können ihre Erklärung nur in der durch die Insufficienz des Herzens bedingten mangelhaften Ernährung der peripheren Körpertheile finden.

Dieser klassische Fall ist sehr ausführlich und genau beschrieben und beobachtet. Der Kranke verblieb in der Anstalt.

Der zweite Fall betraf einen 58jähr., ebenfalls sehr kräftigen und musculösen, an schwere Arbeit gewöhnten Mann, welcher in Folge einer

4-tägigen besonders anstrengenden Arbeit (Steine-Tragen) sich ziemlich rasch steigende Kurzathmigkeit und Herzklopfen, die sich nach jeder Anstrengung vermehrte, bekam. Mit starker Dyspnoe und Cyanose, Oedem der Beine, Stauungs-Erscheinungen auf den Lungen, 108 unregelmässigen Herzactionen bei fast fehlender Herzdämpfung in Folge seines exquisit fassförmigen Brustkorbes, an dem auch kein Spitzenstoss zu constatiren war, kam er zur Aufnahme. Es gelang nicht durch Stimulantien die Herzthätigkeit wieder zu kräftigen, alle Erscheinungen verschlimmerten sich, die zu constatirende Herzdämpfung nahm gegen den früheren Umfang zu und nach 20 Tagen trat der Exitus letalis ein. Bei der Obduction fand sich eine beträchtliche Vergrösserung des Herzens, Erweiterung beider Herzhöhlen und beginnende fettige Degeneration der Muskelfasern, welche in den innersten Schichten am stärksten, in den äusseren kaum nachweisbar war.

Hier handelte es sich um eine chronische Ueberanstrengung des Herzens, bedingt durch die 4-tägige schwere Arbeit. Im Circulations-Apparat fand sich keine Veränderung trotz der vieljährigen schweren Arbeit. Die bei der Obduction vorgefundene fettige Degeneration des Herzmuskels war nur ein Product der letzten Krankheits-Wochen, entstanden durch die gestörte Function des Herzens.

Bartold.

---

143. **Mosler, Ein Fall von Gallertkrebs des Pankreas.** (Deutsches Arch. f. kl. Med. XXVIII, p. 493.)

In dem von M. beschriebenen Falle, bei dem die Krankengeschichte keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung des Pankreas darbot, fand sich bei der Obduction ein Krebs des Pankreas, „das Pankreas ist zusammengeschrumpft, 4 cm breit, 5½ cm dick, fest, derb; eine 8 cm lange Geschwulst ist vorhanden, die Cauda 6 cm lang, das ganze Pankreas bildete eine einzige Geschwulst. Zum Einschneiden zeigt sich ein schwieliges Gewebe, das krebsartig aussieht.“ Die gefundenen Neubildungen erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als carcinomatös und zwar vom Charakter des Gallertkrebses.

Auch in der Leber und der kleinen Curvatur des Magens wurden knollige Entartungen gefunden, so dass die Entscheidung schwierig, ob es sich um einen secundären, oder den seltenen primären Krebs des Pankreas handelt.

Bei Lebzeiten war es nicht möglich die Diagnose eines Pankreaskrebses zu stellen, da das wichtigste Symptom, der fühlbare Tumor durch die Lebergeschwulst vollständig verdeckt war; der vorhandene epigastrische Schmerz konnte ebenso gut für die Folge des Leberkrebses erklärt werden.

Andere Symptome, die bei Pankreascarcinom vorkommen, und theils auf dem Druck der Geschwulst oder dem Uebergreifen auf andere benachbarte Gebilde beruhen, konnten ebenfalls auf die Erkrankung der Leber bezogen werden. Fettige Stühle sind nicht beobachtet worden.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

144. H. Maas und **O. Pinner, Ueber das Resorptionsvermögen von Blase und Harnröhre.** (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. XIV. 5 u. 6. S. 421.)

Da die Ansichten über das Resorptionsvermögen der Harnblase sehr weit auseinander gehen, und diese Frage nicht allein physiologisches Interesse, sondern auch praktische Wichtigkeit hat, unternahmen die Verf. eine möglichst eingehende Untersuchung derselben. Nach Besprechung der Ansichten und der experimentellen Resultate der früheren Autoren werden die eigenen Versuche mitgetheilt, welche an Thieren und an Menschen gemacht wurden. Gesunde und kranke Blasen wurden auf ihr Resorptionsvermögen geprüft, auch die Harnröhre gesondert untersucht. Bei Thieren (Hunden und Kaninchen) wurde Ferrocyankalium, Natr. salicyl., Cyankalium, Strychnin, Atropin, Curare, Apomorphin und Pilocarpin in wässeriger Lösung zu den Versuchen benutzt. Die Mittel wurden nach Freilegung der Blase, Einführen eines Katheters, Verschluss der Blase durch Ligatur der Harnröhre zwischen Prostata und collum vesicae durch den Katheter oder nach Abbindung der Blase mit einer Pravazschen Spritze eingespritzt; in einer anderen Reihe von Versuchen wurde die Bauchhöhle nicht eröffnet, sondern nach Entleerung der Blase durch den Katheter, dieser zur Injection benutzt. Die beobachteten Cautelen, sowie die Experimente selbst müssen im Originale nachgesehen werden. Alle Versuche ergaben ein positives Resultat. Beim Strychnin trat schnelle Resorption und Wirkung ein, während Atropin und Curare nur sehr langsam resorbirt und schnell ausgeschieden werden, so dass allgemeine Wirkung dieser Gifte nicht erzielt wurde. Apomorphin und Pilocarpin ergaben trotz der hohen Dosen, die angewendet wurden, wegen der langsamen Resorption auch nur unter physiologischer Breite fallende Wirkungen, die kranke Thierblase (durch Einspritzungen von Ol. therebint. und von Ol. Crotonis in schwacher Lösung entzündet) zeigten auch schnelle Resorption; Cyankali wurde von der normalen und entzündeten Harnröhre von Kaninchen schnell resorbirt. Die Experimente, welche an Menschen gemacht wurden, ergaben: Jodkalilösung wurde 41 Individuen in die gesunde Blase durch den Katheter eingespritzt; 26 mal konnte Jod im Speichel nachgewiesen werden (etwa 63%). Pilocarpin zeigte nur in starker Dosis applicirt geringfügige Wirkung. Aus ihren Versuchen ziehen die Verfasser den Schluss: „Die normale menschliche Blase „besitzt für Jod und Pilocarpin resorbirende Eigenschaften, doch ist „die Aufnahme selbst langsam und geringfügig im Vergleich mit an„deren Resorptionsflächen". In 8 Fällen von Cystitis wurde Jodkali in die Blase injicirt und schnell nachher im Speichel nachgewiesen, ebenso trat nach Injection von Pilocarpin in 2 Fällen ausgesprochene Pilocarpinwirkung ein. „Die Resorptionsfähigkeit der kranken Blase „ist viel bedeutender, wie die der gesunden Blase und kann hierdurch „als Ausgangspunkt für therapeutische Massnahme dienen". Die Versuche an der gesunden und kranken Harnröhre des Menschen (Kal. jodat. und Pilocarpin) weisen derselben ein bedeutendes Resorptionsvermögen zu.

Doutrelepont.

---

145. Prof. Waldenburg, Bemerkungen über einige neu empfohlene Heilmittel. (Charité-Annalen VI. Jahrg. St. 312.)

Die bereits früher (Berl. Klin. Wochenschrift. 1879 Nr. 49 und 51) publicirten Versuche mit Inhalationen von Natr. benzoicum bei Lungen-Phthise wurden fortgesetzt, führten jedoch zu gar keinem Resultat, auch bei Diphtheritis war ein Erfolg nicht zu constatiren.

Auch die von Curschmann (Berl. Klin. W. 1879. Nr. 29) empfohlene permanente Inhalation namentlich von Carbolsäure gegen putride Bronchial- und Lungen-Affectionen erwies sich als erfolglos; als Beleg zwei Krankengeschichten.

Auch Cortex Quebracho leistete in allen Fällen angewandt, keine wesentlichen Dienste.

Sehr günstige Erfolge hatte jedoch die Anwendung des salicylsauren Streupulvers bei den Nachtschweissen der Phthisiker. Dieses von Köhnhorn empfohlene Pulver, dasselbe welches durch Verfügung der Medicinal-Abtheilung des Kriegs-Ministeriums (Salicylsäure 3,0, Amyli 10,0, Talci 87,0) schon seit einigen Jahren als wirksames Mittel gegen Fussschweisse in Gebrauch ist, beseitigt Nachtschweisse der Schwindsüchtigen bisweilen auch dann noch, wenn alle anderen Mittel, selbst Atropin, im Stiche liessen. Die ganze Haut wird mit diesem Puder Abends eingepudert, ist die Haut sehr trocken, so wird sie vorher mit Speck oder Spiritus eingerieben.

Bartold.

---

146. Prof. Dr. Eulenburg, Ueber reflexhemmende und reflexsteigernde Wirkungen der Anästhetica und Hypnotica. (Deutsche medic. Wochenschr. 1881. Nr. 14—16.)

Die in neuerer Zeit beobachteten Reflexphänomene (Haut-, Schleimhaut-, Sehnen-, Periost-, Fascienreflexe etc.) zeigen Aenderungen unter dem Einfluss narcotischer Substanzen, welche von Rosenbaum, Berger, Strümpell erwähnt, vom Vf. einer methodischen, eingehenden Prüfung an Thieren und Menschen unterzogen wurden, und zwar vorzugsweise in Bezug auf die Sehnenreflexe.

Chloroform steigert bei Hunden und Kaninchen im Anfang vorübergehend die Patellarreflexe; bei zunehmender Narcose verschwindet zuerst der Patellarreflex, dann die Hautreflexe, endlich die Conjunctivalreflexe, wobei meist Myosis und Pupillenstarre eintritt; beim Aussetzen der Inhalationen kehrt der Patellarreflex stets später zurück, als der Conjuctivalreflex. Ganz ebenso verhält es sich beim Menschen. Die Anästhesie ist in der Regel für den Beginn der Operation schon tief genug, ehe der Conjunctivalreflex verschwunden ist. Der Nasenreflex überdauert beim Menschen den Conjunctivalreflex.

Aether steigert bei Thieren durch die ganze Dauer der Narcose und über diese hinaus die Sehnen-, Periost-, Fascienreflexe; Reflexe, die man bei Kaninchen im normalen Zustande nicht erzeugen kann (Bauch-

Fusssohlen), lassen sich in der Aethernarkose leicht erzielen; Corneal-Conjunctivalreflex sind verlangsamt. Dem Aether ähnlich verhält sich Amylen, Aethylenbromid. Sehr verschieden davon wirken die „zweifach gechlorten Aethane und Methane, bei welchen der Cornealreflex in der Narkose früher verschwindet und nach Aufhören derselben später wiederkehrt, als der Patellarreflex; dabei in der Regel Pupillenverengerung, Puls- und Respirationsverlangsamung. Es fehlt die einleitende Reflexsteigerung. Aethylbromid äussert nur schwache Wirkungen auf die Reflexe, kein primäres Irritationsstadium, keine bestimmte Reihenfolge in der Reflexverminderung.

Was die festen, innerlich oder subcutan angewendeten Hypnotica und Sedativa betrifft, so verhalten sich Thiere dagegen zu tolerant, um die Ergebnisse direct auf den Menschen zu übertragen. 0,5 Morphium subcutan applicirt bewirkt keine beträchtliche Herabminderung der Reflexe; auch bei morphiumsüchtigen Menschen, die täglich bis 1,0 verbrauchten, sah Verf. niemals eine solche. Chloralhydrat wirkt ähnlich, aber viel schwächer und langsamer als Chloroform, und ohne voraufgehende Steigerung, hemmend. Butylchloral bewirkt zuerst Verminderung, resp. Aufhebung des Cornealreflexes, während der Patellarreflex noch vorhanden ist. Bromkolium 1,0 subcutan bei Kaninchen erzeugt anfangs Steigerung des Patellarreflexes, dann mässige Abschwächung der Corneal-Haut und Sehnenreflexe.

Schliesslich bemerkt Verf., dass im normalen Schlaf des Menschen die Reflexe in bestimmter Reihenfolge mehr und mehr abgestumpft werden, im wesentlichen also sich der Chloroformnarkose ähnlich verhalten, hingegen bei hypnotisirten, hysterolethargischen, kataleptischen Personen Steigerungen oder Uveränderlichkeit der Reflexe beobachtet werden, diese sich mithin der Aethernarkose bei Thieren analog verhalten.

R.

---

147. Dr. L. Lewin (Berlin), Ueber vegetabilische Adstringentien. (Deutsche klin. Wochenschr. 1881. Nr. 15.)

Während Tannin bisher überall als Adstringens galt, gab Rosenstein an, dass er nach Application desselben auf das Froschmesenterium eine Gefässerweiterung beobachtet habe. Dies rührt von einer in den Capillaren stattfindenden Stase her; das direct applicirte Tannin diffundirt in die Capillaren, bewirkt hier Gerinnung und somit Erweiterung der vor den Capillaren gelegenen Gefässabschnitte. Von dem in den Magen gebrachten Tannin werden stetig kleine Mengen mit dem Ernährungsmaterial in die Säftebahnen aufgenommen und als Alkalitannat in den Kreislauf übergeführt. Das so aufgenommene Tannin wird nicht vollständig in der Blutbahn zu höheren Producten oxydirt, sondern ein Theil desselben als Tannin durch den Harn ausgeschieden, mithin gelangt es unter Beibehaltung seiner vollen pharmacologischen Wirksamkeit in die verschiedenen Körpertheile, ändert die Harnsecretion, vermindert die Eiweissausscheidung im Morb. Brightii.

Da das Tannin in Lösung oder Substanz oft lokale Beschwerden in den Verdauungsorganen macht, empfiehlt L. dasselbe als gelöstes Tanninalbuminat zu geben. Sol. Acid. tannic. 2,0:100 adde agitando Sol. album. ovi 1:100 giebt eine opalescirende, wenig astringirend schmeckende Flüssigkeit, welche in der Leipziger Poliklinik mit Erfolg auch bei einige Wochen alten Kindern (in entsprechender Verdünnung) angeordnet wurde.

R.

---

148. **Laboulbène, Traitement du cancroïde par la pâte arsenicale.** Behandlung des Cancroids mit Arsenpaste. (Bull. gén. de Therapeutique. 1881. Bd. 100. S. 374.)

Auf ein Nasencancroid in der Gröse einer Nuss trug Laboulbène Arsenpaste auf in der Ausdehnung von einem 2 Francstück. Es folgten Entzündung und Abstossung. Die Patientin ist vollkommen geheilt. L. betont besonders die Eigenthümlichkeit der Arsenpaste, die nur erkrankten Stellen zu afficiren, ohne die gesunden Ränder derselben zu berühren.

Schulz.

---

149. **De l'huile le d'auda-assu et de la johanéséine.** Ueber das Auda-Assuöl und das Johaneseïn. (Bull. gen. de Thérapeutique. 1881. Bd. 100, S. 383. Referat aus: Journ. d. pharm. et de chirur. d'Algérie. 1881. S. 81.)

Oliveira hat aus den Früchten von Auda-Assu (Johanesia princeps, Euphorbiacee) einen Körper isolirt, den er Johaneseïn nennt. Das schwefelsaure Salz desselben ist nach Versuchen am Menschen in der Dosis von 20 ctgr völlig ungiftig. Das Oel aus den Auda-Assufrüchten ähnelt in der Wirkung dem Ricinusöl. Torrès hat dasselbe bei einem Fall von Cirrhosis hepatis mit Ascites in Dosen von 2 Theelöffeln auf eine Tasse Kaffe gegeben, es folgten 6 Darmentleerungen. Die Beobachtungen von Torrès bestätigt Fazenda, Castro giebt als Resultate seiner Versuche mit dem Oel an, dass das Oel in Dosen von 10 gr auf einmal kein Erbrechen hervorruft, das der purgirende Effect desselben 2 bis 3 Stunden nach der Aufnahme eintritt und gewöhnlich 3 bis 4 Darmentleerungen bedingt. Nach dem Einnehmen zeigen sich bei den Kranken keinerlei Reizerscheinungen seitens des Darmtractus.

Das Auda-Assuöl kann überall da verwandt werden, wo das Ricinusöl indicirt ist, hat aber vor demselben den Vortheil, dass es dasselbe leistet in einer 4 bis 5 mal schwächeren Dosis und dass es nicht den unangenehmen Geruch des Ricinusöls besitzt. Oliveira macht noch darauf aufmerksam, dass bei der grösseren Dünnflüssigkeit des Auda-Assuöls die Adhärenz an der Mund- und Nasenschleimhaut wegfällt, die den Gebrauch des Ricinusöles so unangenehm macht.

Zur Darstellung des Oeles müssen aus den mandelartigen Früchten der Embryo und das Episperm entfernt werden, da diese beiden reizende, kolikerregende Principien enthalten.

Schulz.

Neue Bücher.

Bosworth, Manuel of diseases of the throat and nose. New-York. 17 M. 25 Pf.

Creighton, Bovine tuberculosis in man: an account of the pathology of subjected cases. London, Macmillan. 8 sh. 6 d.

Day, On the diseases of children. For practitioners and students. Churchill. 12 sh. 6 d.

Deems, Handbook of urinary analysis. Chemical and microscopical. New-York. 1 sh. 6 d.

Edwards, Constipation plainly treated and relieved without the use of drugs. Philadelphia. 4 M.

Fothergill, Aids to rational therapeutics. London, Baillière. 2 sh.

Guy, The factors of the unsound mind, with special reference to the plea of insanity and the amendment of the low. De la Rue. 5 sh.

Handbuch der gerichtlichen Medicin herausgegeben von Dr. J. Maschka. I. 2. Hälfte. Tübingen, Laupp'sche Buchhandlung. 8 M.

Hargis, Yellow fever: its ship origin and prevention. Philadelphia. 5 M. 25 Pf.

Jacobi, Treatise on diphtheria. New-York. 10 sh.

Jahrbuch der prakt. Medicin 1881. Herausgegeben von Börner. Stuttgart, Enke. 13 M.

Kane, Drugs that enslave: the opium, morphine, chloral and hashisch habits. Philadelphia. 7 sh. 6 d.

Kunze, Compendium d. prakt. Medicin 7. Aufl. Stuttg. Enke. 10 M.

Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel, pharmacologisch-klinisches Handbuch. Berlin, Hirschwald. 6 M.

Lombard, Experimental researches on the temperature of the head, Lewis. 5 sh.

Merkel, Fibroid tumours of the uterus and ovaries. Boston. 2 sh. 6 d.

Munk, Physiologie des Menschen und der Säugethiere mit 58 Holzschnitten. Berlin, Hirschwald. 14 M.

Nowak, Lehrbuch der Hygiene. Systemat. Zusammenstellung der wichtigsten hygienischen Lehrsätze und Untersuchungsmethoden. Mit 201 Abbild. Wien, Toeplitz & Deuticke. 16 M.

Otis, Clinical lectures on the physiological pathology and treatment of syphilis. New-York. 7 sh. 6 d.

Roberts, Detection of colour blindness and imperfect eysight. David Bogue. 5 sh.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler**, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 25. Mai. Nro. 11.

150. L. **Tumas, Ueber die Bedeutung der Bewegung für das Leben der niederen Organismen.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881. Nr. 18.)

Dr. Horvath gelangte in seiner in Pflüger's Archiv Bd. XVII. S. 125 niedergelegten Arbeit „über den Einfluss der Bewegung und Ruhe auf das Leben“ zu dem Resultate, „dass die Entwicklung der niederen Organismen bei Bewegung aufgehalten wird“, „dass, wenn die zum Versuch dienende Flüssigkeit durch 48 Stunden starker Bewegung unterzogen wird, die in ihr enthaltenen Organismen unfähig werden, sich weiter zu vermehren“. Zu einem etwas anderen Schlusse gelangte Reinke; er sagt in Pflüger's Archiv Bd. XXIII, S. 434 („über den Einfluss mechanischer Erschütterung auf die Entwicklung der Spaltpilze“): „Aus beiden Versuchen geht zur Genüge hervor, dass in einer durch Schallwellen erschütterten Nährlösung sich die Spaltpilze unter sonst gleichen Bedingungen weit langsamer entwickeln, als in einer in Ruhe befindlichen Flüssigkeit; völlig sistirt wird ihre Vermehrung aber keineswegs, und ist daher nicht anzunehmen, dass ihr Leben durch

andauernde Erschütterung der gleichen Art vernichtet werden sollte". Tumas hat entsprechende Versuche in anderer Weise angestellt; er beschreibt seine Methode und theilt einzelne Versuche in extenso mit. Es ergab sich aus denselben, dass „unter dem Einfluss mässiger Bewegung die Entwicklung der niederen Organismen doppelt (am häufigsten), drei Mal, zuweilen sogar (seltener) fast vier Mal so rasch erfolgt, als in der Ruhe". „Nicht volle Ruhe, nicht starke Bewegung des Mittels sind die besten Bedingungen für die Entwicklung jener niederen Organismen, welche bisher in dieser Richtung untersucht worden sind". Der Versuch der Erklärung dieser Resultate und die daran geknüpften Erörterungen sind im Original nachzusehen.

E. Bardenhewer.

---

151. A. Ceci, **Ueber die haemorrhagische Infection.** Vorläufige Mittheilung. (Archiv für experim. Path. und Pharmakologie. XIII. Band, 6. Heft.)

Mit dem Blute einer 19 jährigen Frau, die 3 Tage vor ihrem Tode mit hohem Fieber, Delirien, Blut und Albumen im Harn, Hauthämorrhagien in der Prager Klinik zur Aufnahme kam und bei der die Section Hämorrhagien in den verschiedensten Organen und die mikroskopische Untersuchung des Kehlkopfes und des Peritoneum, Mikrokokkenhaufen in den Kapillaren, eingebettet in Zoogloea, ergab, wurden, da auch die anatomische Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte, Impfungen an Thieren, vornehmlich an Kaninchen, vorgenommen, welche zu folgenden Resultaten geführt haben:

Es giebt eine besondere Infection. die sich anatomisch durch diffuse, vorzugsweise die Muskeln, seröse Häute, die Nieren, das Knochenmark befallende, Hämorrhagien charakterisirt. Sie kann auf ein gesundes Thier durch directe Einimpfung des Blutes eines von derselben befallenen Thieres oder von mit solchem Blute angestellten Harnkulturen übertragen werden; Hausenblasenkulturen sind unwirksam. Die wirksamen Kulturen zeigen constant Trübung der Flüssigkeit und mikroskopisch kugelige, ovoide oder Bacillus-artige Organismen von äusserster Kleinheit. Längeres Stehenbleiben, Lufteinwirkung, längeres Aufeinanderfolgen von Generationen machen die Kulturen unwirksam. Im Blute wie in den Organen der den Haemorrhagien erlegenen Thiere werden häufig sehr kleine sich bewegende Körperchen wie in den Kulturen vorgefunden. Vorhergegangene Infectionen verleihen den Thieren keine Immunität gegen die hämorrhagische.

Die beschriebene Infection ist nur an der Hand der parasitären Theorie zu deuten; die Haemorrhagien kommen vielleicht durch eine materielle Veränderung der Blutgefässwandungen, welche direct durch die Parasiten oder indirect durch von ihnen bedingte chemische Veränderungen des Blutes erzeugt wird, zu Stande.

Lüderitz (Jena).

152. **Dr. Schneschkow, Complication des Ileotyphus mit purpura haemorrhagica.** (Medicinskoje Obosrenije 1881. Februar.)

Unter mannigfaltigen Complicationen des Abdominaltyphus gehört purpura haemorrhagica zu den seltensten und den gefährlichsten. — Griesinger, Trousseau und Liebermeister haben in solchen Fällen stets den letalen Ausgang beobachtet. — Schneschkow hat bei einem sechsjährigen Kinde, welches von leichter Form des Abdominaltyphus befallen war, am sechszehnten Tage des Verlaufs der Krankheit 3 kirschgrosse Blutergüsse am rechten Fuss, zwei am Rumpf und einen erbsengrossen an der Conjuctiva des rechten Auges plötzlich auftreten gesehen. Am andern Tage erschienen noch ungefähr 24 bis thalergrosse, blutige Flecken auf der Haut; in darauffolgenden Tagen traten successive Blutergüsse in der Mundschleimhaut, Nasenblutungen, blutenthaltende Stühle, Bluterbrechen, bluthaltiger Harn, Gelenkschmerzen im rechten Knie und Husten mit etwas bluthaltigen Sputis ein. Die Temperatur blieb unverändert; fast normale Temperatur des Morgens und geringe Temperatursteigerung am Abend. Erheblicher Verfall der Kräfte des Patienten; jedoch stellten sich die Blutungen am 21. Tage der Typhuserkrankung, die Reconvalescenzperiode verlief wie gewöhnlich, Patient genas vollständig.

Das betreffende Kind stammt nicht aus einer Bluter-Familie, ist in recht günstigen Verhältnissen aufgewachsen und ist kein anderer Grund der beschriebenen Erkrankung zu suchen, als in den, in Folge des typhösen Processes entstandenen, Veränderungen der Gefässwände selbst.

Mit dieser Auffassung stimmt überein, dass wir über die Veränderungen der Gefässwände, des Endothels und der Muskelschicht, bei Fiebernden durch die Untersuchungen von Dr. Borchsenius (Prof. Manasseins „Hornik", Band I, 1876) unterrichtet sind. Die Veränderungen der Endothelzellen bestehen, nach Borchsenius, darin, dass die Kittstreifen zwischen den Zellen breiter werden und schliesslich vollends verschwinden; die Zellen erscheinen wie mit einander verschmolzen, trübe und grob gekörnt, die Kerne sind nicht mehr so leicht zu unterscheiden.

Die glatten Muskelfasern sind vergrössert, trübe und feingekörnt.

Krusenstern (Petersburg).

---

153. **Prof. Bollinger** (Minden), **Ueber Fleischvergiftung, intestinale Sepsis und Abdominaltyphus.** (Aerztliches Intelligenz-Bl. 1881. Nr. 15—18.)

Von den acuten Fleischvergiftungen werden die durch Trichinen hervorgerufenen in diesem Vortrage, der im ärztlichen Verein München gehalten wurde, nicht in Betracht gezogen, sondern nur die durch ektogen und postmortal entstandene Schädlichkeiten (faules Fleisch),

durch endogene Krankheitsgifte (pyämische und septische Stoffe), durch das Milzbrandgift und durch medicamentöse Intoxication der Schlachtthiere beim Menschen entstehenden Entartungen geschildert.

Zu den ektogenen Giften gehört Wurst-, Fleisch- und Fischgift, welche die Symptome einer Gastroenteritis und Sehstörungen, Aphagie, Kopfschmerzen, Schwindel, Muskelschmerzen machen.

Bei der weiteren Gruppe von Fleischvergiftung stammt das pathogene Fleisch von kranken Thieren ab und die hierdurch erzeugte Krankheitsform wird von B. als sepsis intestinalis bezeichnet.

Als hieher gehörige Beispiele werden angeführt:

1) die Fleischvergiftung in Flautun bei Zürich 1867 (unter 27 Erkrankungen 1 Todesfall);

2) die in L. bei Bregenz, Juli 1874 (alle 51 Erkrankten geheilt);

3) die Fleischvergiftung in Griessbeckerzell, Mai 1876 (sämmtliche 22 Erkrankte geheilt);

4) die bei Sonthofen, Frühjahr 1878 (10 Personen erkrankt und genesen);

5) die Fleischvergiftung in Lahr, August 1866 (ca 50 Personen erkrankt, davon 3 gestorben). Bei den schweren Fällen war auffallend die Erweiterung der Pupille. — Einzelne Eingeweide waren besonders stark infectiös.

6) Fleischvergiftung in Garunsen, Juni 1878 (17 Personen, alle genesen);

7) die in St. Georgen Württemberg 1877 (18 Personen). Die Symptome bei all diesen Erkrankungen hatten mehr oder minder Aehnlichkeit mit denen der Cholera nostras: Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Diarrhoen, Schwächegefühl und Schmerzen in den Extremitäten.

Eine weitere Gruppe von Fleischvergiftungen rechnete man bisher theils zum Milzbrand, theils zum Abdominaltyphus.

Nach der Ansicht B.'s gehören die Massenerkrankungen, die 1876 in Nordhausen und 1877 in Wurzen beobachtet wurden, nicht zum Milzbrand, da gegen diesen die allzu kurze Incubation sprechen, der klinische Verlauf, ferner der Umstand, dass durch Kochen das Gift nur gemildert wurde, dann die Massenerkrankungen an sich und endlich die geringe Mortalität.

Weiter gehören zur intestinalen Sepsis die in Chemnitz 1879 beobachteten Vergiftungen (unter 243 Erkrankungen 1 Todesfall) und eine kleine Epidemie vom Juli 1879 in Lockwitz und Niedersedlitz bei Dresden.

Durch Genuss von Fleisch, das in Form von frischen Würsten verzehrt wurde, kamen Vergiftungen in Middelburg (Holland) 1874 und in Neubodenbach (Sachsen) 1879 zur Beobachtung.

Die schon früher mehrfach und neuerdings wiederum zum Abdominaltyphus gerechneten Erkrankungen in Andelfingen, Kloten, Birmenstorf und Wärenlos rechnet B. zur mycotisch intestinalen Sepsis.

Es handelte sich bei diesen Erkrankungen, insbesondere bei der Klotener Epidemie, um eine Art von mycotischer Infection, die grosse Aehnlichkeit, ja sogar nahe Verwandtschaft mit dem menschlichen Ab-

dominaltyphus hatte und vielleicht als eine Abart desselben zu betrachten ist.

Die Annahme, dass acute Fleischvergiftungen durch medicamentöse Intoxication der Schlachtthiere vorkommen können, wird nicht völlig von der Hand zu weisen sein, häufiger jedoch werden giftige Beimengungen bei der Zubereitung des Fleisches erfolgen, wie eine Beobachtung in Schaffhausen 1880 lehrt, wo in den Würsten Arsenik nachgewiesen wurde.

Nach einem kurzen Rückblick auf die geschilderten Epidemien, die eine Gesammtzahl von nahezu 3000 Erkrankungen mit 40 Todesfällen repräsentiren und nach Besprechung der Aetiologie, Incubation, Symptomatologie und Diagnose der intestinalen Sepsis, schliesst B. mit dem Hinweis auf den wichtigen Standpunkt, den die Sanitätspolizei hinsichtlich der pyämischen und septischen Erkrankungen unserer Schlachtthiere einzunehmen hat.

Seifert (Würzburg).

---

154. **Dr. Oseretzkowsky, Zwei Fälle von spontanen Rippenfracturen bei scorbutus.** (Wratsch 1880. Nr. 51.)

1. Patient, 27 Jahre alt, trat ein ins Hospital bei remittirender Fiebertemperatur (M. 37,0 — Ab. 39,5) mit exquisiten scorbutischen Erscheinungen an untern Extremitäten und in beiden Pleurahöhlen, welche ihn zu Tode führten. Schon bei der ersten Untersuchung des P. bemerkte Oseretzkowsky eine besondere Empfindlichkeit der untern Rippenknorpelenden; etwa 2 Wochen später waren rechts unzweifelhafte Fracturzeichen der 3., 4. und 5. Rippenenden wahrzunehmen. Die Ursache der stattgefundenen Fracturen liess sich bei anatomischer Untersuchung der gebrochenen Rippenenden auf die Necrose der letzteren zurückführen; die Necrose aber entstand in Folge der vorausgegangenen subperiostalen Blutungen, welche auf die Ernährung des Knochen beeinträchtigend gewirkt hatten.

2. Beim andern Patienten (22 Jahre alt), welcher, trotz des hohen Fiebers (38,8—40,0), an leichten localen Scorbutuserscheinungen leidend war, hat Verf. beim Eintritt des Patienten ins Hospital auf die Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Rippenknorpel seine Aufmerksamkeit gelenkt. Nach ungefähr drei Wochen zweifellose Fracturzeichen, welche sich allmählig an 3, 4, 5 und 6 Rippenenden beiderseits entwickelt hatten. — Die vordere Brustwand war in Folge dessen stark eingesunken, die freien Rippenenden bildeten ein Dreieck, dessen Basis nach unten gerichtet war, die Respiration kam nur durch die Contraction des Diaphragmas zu Stande. Unter sehr hohem constanten Fieber und endzündlichen Processen der Brustorgane, unter unbeschreibbaren Qualen ging der Kranke zu Grunde.

Die Rippenfracturen bei Scorbutus entstehen also entweder in Folge der Ablösung des Periosts und desswegen aufgehobenen Er-

nährung des Knochens, resp. durch Knochennecrose oder aber in Folge der Erkankung der Knochensubstanz selbst; die letztere erleidet dabei beträchtliche Structurveränderungen und verliert ihre Resistenzfähigkeit.

Krusenstern (Petersburg).

---

155. **Dr. Petrowsky, Milzabscess nach Febris recurrens.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1881. XXVIII. p. 391.)

Das seltene Vorkommen von Milzabscessen nach Febris recurrens und die Spärlichkeit des klinischen Materials sind die Ursachen, dass das klinische Bild dieser Nachkrankheit bis jetzt noch bei Weitem nicht hinlänglich ausgearbeitet ist.

Dr. Kernig (St. Petersb. Medic. Zeitschr. XII. 1867) hat auf Grund der Beobachtung von 4 Fällen einen Symptomencomplex basirt, der in Kürze folgende Hauptpunkte enthält: „mässiges Fieber, welches erst nach Ablauf der Recurrens beginnt; zu demselben gesellen sich Entzündungen in der linken Pleura, Lunge oder dem Peritoneum; das klinische Bild des letzteren maskirt das Bild der Milzabscesse und an den Folgen derselben geht der Patient zu Grunde“.

Von 5 Fällen, welche P. im St. Petersburger Gefängnisshospitale beobachtete, entsprachen 3 im Allgemeinen dem Typus der von Kernig beschriebenen. Davon betreffen Fall I und II Milzabscesse mit Eröffnung in die Bauchhöhle, Fall III einen Milzabscess, der sich durch das Diaphragma und die linke Lunge nach Aussen eröffnet; alle drei Fälle mit letalem Ausgang.

Im Falle I beginnt das Fieber am 2. Tage nach der 2. Remission mit einer Morgentemperatur von 38 ° und einer abendlichen Steigerung auf 39,2 ° C. Am 2. Tage nach Beginn des Fiebers tritt unter Steigerung derselben ein Erysipelas faciei auf, das bis zum 8. Tage anhält; von da an entwickeln sich die Erscheinungen einer Peritonitis, der der Kranke erliegt, ohne dass er ausser dem Milztumor örtliche Erscheinungen dargeboten hätte, die auf den Milzabscess hätten schliessen lassen können, der bei der Obduction gefunden wurde.

Im Falle II beginnt der Anfall mit Schüttelfrost und heftigen Schmerzen in der Milzgegend und unterscheidet sich hauptsächlich durch diese beiden Momente vom Falle I. — Bemerkenswerth ist dabei, dass die Schmerzen in der Milzgegend noch in die Apyrexie hinein sich erstrecken, was darauf hindeutet, dass trotz der Fieberlosigkeit in der Milz doch ein entzündlicher Prozess besteht, welcher den Peritonealüberzug ergreift; daraus resultirt, dass eine Entzündung im Parenchym der Milz und deren Umgebung auch ohne Fieber zur Entwicklung kommen kann. In einem dritten Fieberanfall erfolgte der Tod des Kranken; für diese letzte dem letalen Ausgang vorhergehende Fieberperiode ist es schwer zu entscheiden, ob dieselbe in der That als erneuter Recurrensanfall, oder als durch den Milzabscess, der bei der Obduction gefunden wurde, bedingt zu betrachten. Intra vitam neigte man zu ersterer Ansicht hin.

In Fall III zeigt die Milz schon heftige Schmerzhaftigkeit im Beginn des ersten Anfalls, welche die 3 ersten Tage der ersten Remission anhielt, dann aber verschwand. — Im zweiten Anfall zeigte die Milz keine Schmerzhaftigkeit. Am 6. Tage der 2. Remission fand die Eröffnung des Abscesses durch Diaphragma und Lungen nach Aussen statt. — Bei der Obduction fanden sich Verwachsungen mit dem Brustkorb, mit Diaphragma und Lunge und mit den Gedärmen. Bei der Verwachsungsstelle mit dem Diaphragma und der Lunge eine Abscesshöhle von der Grösse einer Wallnuss, deren untere Grenze im Milzparenchym, deren obere im Lungenparenchym des unteren Lappens gelegen ist. Aus der hochgradigen Schmerzhaftigkeit der Milzgegend gleich bei Beginn des ersten Recurrensanfalls schliesst P., dass der Milzabscess nicht immer nach Beendigung eines Recurrensanfalls seine Entwicklung nimmt, sondern dass derselbe schon während des ersten Anfalls beginnen kann und sich dann während der Remission und des nächsten Anfalls fortentwickelt, ohne das klinische Bild der Recurrens zu stören.

Die zwei letzten Fälle gestalteten sich zu folgendem von dem Kernig'schen abweichenden klinischen Bilde: „Milzabscesse, die sich nicht in irgend eine Leibeshöhle eröffnen, einen chronischen Verlauf haben, durch Erschöpfung und Kräfteverfall oder durch irgend eine intercurrente Krankheit letal enden".

Im Falle IV entwickelten sich innerhalb 2 Wochen 3 Recurrensanfälle: der erste Anfall dauerte 5 Tage, ihm folgte eine 3 tägige Remission; der zweite Anfall dauerte vom 8. bis 11. Krankheitstage; der dritte Anfall vom 13. bis 15. Krankheitstage, diesem folgt die dritte Remission. Am 20. Tage trat eine abendliche Temperatursteigerung ein auf 38,9, ohne objective und subjective Begleiterscheinungen; — diese abendlichen Temperatursteigerungen bei normaler Morgentemperatur dauerten 4 Tage. Am 24. Krankheitstage Morgens Schüttelfrost und Erhöhung der Temperatur auf 39° C., dabei nimmt die bis zur Rippe reichende Milzanschwellung rasch zu und reicht bis zur 6. Rippe. — Auf eine Apyrexie am 29. und 30. Krankheitstage folgte vom 31. Krankheitstage an eine Periode mit unregelmässiger Fiebercurve, abendlichen Exacerbationen, bisweilen auch höhere Morgentemperaturen; die Milz bleibt geschwollen. Diese Fieberperiode dauerte 2 Wochen, am 9. Tage derselben heftige stechende Schmerzen in der Milzgegend, welche innerhalb 3 Tagen an Intensität verlieren, am 13. Tage aber von neuem sich verstärken. In der Nacht vom 14. auf den 15. (resp. 44. auf den 45.) Tag erfolgte der Tod des Patienten.

Die Obduction ergab, ausser einer Vergrösserung der Leber mit Trübung ihres Parenchyms einen bedeutenden Milztumor mit derber Pulpa, auf der convexen Fläche mit dem Brustkorb in der Gegend der letzten Rippe verwachsen; in der Tiefe des Parenchyms eine Höhle von der Grösse eines Hühnerei's; darunter auf der convexen Fläche einen gelblichen Infarct im Zustande der Erweichung.

Aus dem Verlauf der Fieberanfälle, insbesondere aus der zwischen dem 4. Recurrensanfall (20.—24. Tag) und der letzten 14 tägigen Fieberperiode eingeschalteten, von Schüttelfrost eingeleiteten 5 tägigen (24.

—29.) Fieberperiode, welche sich durch hohe Abendtemperaturen und vermehrte Milzschwellung kennzeichnete, schliesst P., dass die Milzabscessentwicklung am 6. Tage der 2. Remission begann und von da an ungestört ihre Symptome weiter entfaltete. Die stechenden Schmerzen in der Milzgegend gegen Ende des Krankheitsprocesses (39. Tag) sind auf das Uebergreifen der Entzündung auf die Peritonealhöle und die Entwicklung einer circumscripten Peritonitis zu beziehen. Der Tod erfolgte durch allmähligen Kräfteverfall.

Im Falle V wurden Abscesse an der Galea, dem rechten unteren Kieferwinkel und ein vom Knochen ausgehender Abscess des Sternums beobachtet, welche aber auf den Milzabscess ohne Einfluss waren.

Der Patient wurde am Ende des ersten Anfalls in der 3. Remission am 6. Krankheitstage aufgenommen, der zweite Anfall dauerte vom 7. bis 17. Tage, die dritte Fieberperiode vom 17. Tage Abends bis zum Tode am 18. Tage. Nach dem 2. Anfall entwickelte sich ein Icterus, der bald wieder abnahm und eine Milzschwellung bis zur 7. Rippe, die bei der Percussion nicht schmerzhaft war. Erst am 46. Tage trat Schmerzhaftigkeit der Milzgegend bei der Percussion auf, die sich in der Folge noch erheblich steigerte und mit geringer, vorübergehender Verminderung vom 64. Tage bis zum Tode anhielt. Während des ganzen Verlaufs wurden bronchitische Erscheinungen constatirt; dem Tode voraus gingen Durchfälle; — während der ganzen Dauer der Krankheit fühlte sich der Pat. ausserordentlich schwach und starb ohne besondere Erscheinungen, ohne Agone an Erschöpfung.

Die Obduction ergab Verwachsung der Milz mit der inneren Thoraxwand, dem Omentum minus und dem Magen. Bei Ablösung von der Thoraxwand entleert sich Eiter aus einer in die Tiefe des Milzparenchyms sich erstreckenden Abscesshöhle von der Grösse einer Wallnuss.

Auf Grund dieser Beobachtungen und des bis jetzt vorliegenden klinischen Materials stellt P. zwei klinisch-typische Bilder auf, unter denen die Milzabscesse sich entwickeln. Der eine Typus (durch Fall IV und V vertreten) ist dadurch charakterisirt, dass die Complication mit consecutiven Entzündungen der Nachbarorgane nur von untergeordneter Bedeutung ist, während für den andern Typus die Complication des Milzabscesses mit Entzündung der Nachbarorgane (Peritoneum, Pleura) als charakteristisch zu bezeichnen ist. — Der Fieberverlauf hat in dem klinischen Bilde des ersten Typus einen hektischen Charakter, der sich bei dem andern Typus nicht erkennen lässt; — die für den letztern Typus charakteristischen Complicationen bedingen auch den tödlichen Ausgang, während derselbe in den Fällen des ersteren Typus durch Erschöpfung und Kräfteverfall erfolgte. — Schliesslich theilt P. noch einen Fall mit, bei dem auf Grund der dem klinischen Bilde entsprechenden Erscheinungen ein Milztumor diagnosticirt wurde, der in Genesung endete. P. hält es für höchst wahrscheinlich, dass die Milzabscesse nach Febris recurrens viel öfter vorkommen, als man nach den Fällen mit tödlichem Ausgange annehmen kann.

Engesser (Freiburg i. B.)

156. **Dr. Ad. Müller** (Gunzenhausen), **Ueber Geistesstörung im Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt 1881. Nr. 19.)

Ein 28jähriges Bauernmädchen erkrankte zum 2. Male an Gelenkrheumatismus. Zugleich Endocarditis, Pericarditis, doppelseitige Pleuritis mit bedrohlichen Collapserscheinungen. Nach 14 Tagen Besserung, Rückgang der Exsudate, aber fortdauernde Temperatursteigerung. Jetzt Geistesstörung in Form von Melancholia cum stupore, zeitweise Anklänge an Melancholia agitata.

Nach 3-wöchentlicher Dauer der Geistesstörung, während welcher Jodeisen, Wein, kräftige Diät, bei Unruhe Chloralhydrat gereicht wurde, reagirte Pat. wieder auf Fragen, erkannte ihre Umgebung, hatte aber für die 3 Wochen das Gedächtniss verloren. Von da an langsame geistige und körperliche Erholung, die Entzündungsprodukte der serösen Häute wurden völlig resorbirt.

Dieser Fall scheint die Ansicht Simons, dass es sich bei solchen Störungen im Wesentlichen um Inanitionspsychosen handle, zu unterstützen.

Seifert (Würzburg).

---

157. **Dr. Richter** (Sonneberg i. Thür.), **Neuritis ascendens centralis.** (Correspondenz-Blätter des allg. ärztl. Vereins v. Thür. 1881. Nr. 4.)

Verf. theilt folgenden Fall mit. Bei einem 20 jährigen Gymnasiasten, der seit 5 Jahren an heftigen neuralgischen Schmerzen im linken Bein, seit etwa $4^1/_2$ Jahren ausserdem an Schmerzen im rechten Bein, im Rücken und in beiden Armen leidet, bleiben die verschiedensten Heilversuche (Bäder, Electricität, Nervendehnung u. A.) fruchtlos. Die Ernährung des Kranken nimmt ab. Bei der Aufnahme in Sonneberg ist an dem blassen Patienten, der sich nur mühsam an 2 Krücken fortbewegen kann, vorzüglich eine Atrophie des linken Beins, mehrere Druckschmerzpunkte an der Wirbelsäule, Druckempfindlichkeit der Ischiadici nachzuweisen. Unter methodischer streng überwachter Wasserkur, die mit fast warmen Bädern beginnend zu kühlen Proceduren herabging, tritt nur bei gleichmässiger galvanischer Behandlung ganz allmähliche Besserung auf, die Ernährung hebt sich, die Atrophie und die Schmerzen verschwinden, die Motilität wird restituirt, — so dass Patient nach 5-monatlicher Behandlung gesund entlassen werden kann.

Lüderitz (Jena).

---

158. **Dr. Karl Jaffé** (Hamburg), **Ueber subphrenische Abscesse nebst Bemerkungen über die Operation des Empyems.**

Diese immerhin seltene Affection ist unter verschiedenen Namen von verschiedenen Autoren, von Leyden als Pyopneumothorax suphrenicus (Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. 1.) beschrieben worden.

Zur differentiellen Diagnostik gegenüber dem Empyem trägt zunächst die Anamnese bei. Subphrenische Abscesse sind immer secundär; perforirtes Ulc. ventric. oder duodeni, paratyphlitische Abscesse, Traumen, welche Blutergüsse erzeugten, die wegen der Nähe der Darmgase nicht resorbirt werden, sondern vereitern — bedingen dieselben. Die physikalische Untersuchung ergiebt ein Eiterdepot in der unteren Thoraxgegend. Es sind aber die in die Lunge perforirten Abscesse von den nicht perforirten zu unterscheiden. Letztere sind von Pyopneumothorax direct nicht zu unterscheiden, bei ersteren ist die scharfe Grenze wichtig, welche die ganz normalen Perkussions- und Auskultationserscheinungen der oberen Parthie von der abnormen der unteren des Thorax scheidet. Bei der Punktion zeigt sich, dass der Eiter während der Inspiration stärker fliesst, als während der Exspiration (Pfahl), was bei Pyothorax umgekehrt ist. Dr. J. theilt sodann 2 Fälle aus dem Hamburger Krankenhause mit. Der erste, welcher trotz Eröffnung, Drainage und permanentem, antiseptischem Bade (4 ko Natr. subsulfuros.) durch Inanition tödtlich verlief, ergab neben einem retroperitonealen Kothabscess hinter dem Coecum einen mit diesem nicht communicirenden Abscess zwischen Leber und Zwerchfell, mit jauchigem Inhalt. Im 2. Falle handelte es sich um einen 24 jährigen Kutscher, der auf dem Bauche, nach rechts gewendet, liegend von einem Wagen überfahren wurde, so dass die Räder also den Rücken und mehr die linke Rippengegend trafen. Anfangs fand sich nur etwas Milzvergrösserung, Schmerz und Druckempfindlichkeit des Epigastr.; nach 8 Tagen plötzlich Stiche in der linken Seite, Fieber; schon Tags darauf intensive Dämpfung bis zur Mitte der Scupula, in der Seitenwand bis zur 7., vorne bis zur 3. Rippe. Die Herzdämpfung überragte den rechten Sternalrand. Punktion am untern Winkel der Scupula entleerte 1500 ccm dünner, blutiger Flüssigkeit mit grosser Erleichterung; Fieber und Dyspnoe verschwanden. Aber bald folgte eine Verschlimmerung; die Dämpfung stieg bis fast zur Spina scap.; eine abermalige Punktion an derselben Stelle entleerte 1500 ccm schwarzbraune, theerartige, zähe Flüssigkeit. Am andern Morgen Erbrechen, Collaps, aufgetriebener Leib, Icterus, Singultus; am 5. Tage tödtlicher Ausgang. Section: diffuse Peritonitis, und links im Pleuraraum 500 ccm serösen pleuritischen Ergusses bei intactem Zwerchfell. Unter dem Zwerchfell, in der linken untern Thoraxhälfte eine grosse, mit flüssigem, zersetztem und mit Eiter gemischtem Blute gefüllte Höhle, nach oben vom Zwerchfell, nach links von der Brustwand, nach unten von der Flexura coli sin., nach rechts von der radix mesent., nach hinten von Pankreas begrenzt. Im obern äussern Theil der Höhle lag die Milz, die in ihrem vordern Drittheil vollständig zertrümmert, im übrigen blutreich, gequollen und erweicht erschien.

Dr. J. theilt dann die Behandlung mit, welche nach dem Vorgange des Dr. Bülau auf der innern Abtheilung des Hamburger Krankenhauses seit langer Zeit bei Empyem angewendet wird. Der Kranke wird mit entblösstem Oberkörper an den Rand des Bettes gebracht, welcher der kranken Seite entspricht, die Haut der Einstichstelle gründlich gereinigt und desinficirt. Im 6. und 7. Intercostalraum in der Axillarlinie wird mit einem nicht zu dünnen, wohl desinficirten Troikart,

der einen dünnen, vulkanisirten Kautschuckkatheter bequem aufnehmen kann, eingestochen. Man lässt ein Quantum Eiter ausfliessen; sobald der Abfluss langsamer wird, führt man an die Lichtung der Canüle des vorher präparirten Abflussrohrs (einen neuen, gut desinficirten Nélaton'schen Katheter) ein, welcher durch ein Glasrohr mit einem Gummischlauch verbunden ist, lang genug um bis zur Erde zu reichen. Die Troikartkanüle wird nun herausgezogen, der Katheter durch einen durchgezogenen Seidenfaden und Heftpflaster in der Wunde fixirt, und ein leichter antiseptischer Verband circulär um den Katheter angelegt. Der Gummischlauch taucht, so lange noch spontan Eiter abfliesst, in ein Gefäss mit 5-procentiger Carbollösung; hierauf wird derselbe in ein mit erwärmter, 1-procentiger Carbol-, Salicyl-, Thymol- etc. Lösung gefülltes Gefäss gesenkt und dieses über das Niveau des Kranken erhoben, und nachdem ein Theil in den Thorax eingeflossen, wieder gesenkt. Diese Ausspülungen erfolgen anfangs 2—3 mal täglich — mit Verminderung der Eiterung seltener; bei Aufhören der Secretion wurden statt des Nélaton immer dünner werdende Drains eingelegt; in wenigen Wochen erfolgt der Verschluss der Fistel. Verf. bespricht dann die Empyemoperation im Allgemeinen und ist der Ansicht, dass wenn auch principiell nur das König'sche Verfahren (Schnitt mit ausführlicher Antisepsis) gerechtfertigt sei, in praxi doch das Bülau'sche oft ausreiche und desshalb seiner grossen Einfachheit halber Nachahmung verdiene.

R.

---

159. **Dr. E. Fischer, Ein Fall von Echinococcus der Brustdrüse.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. XIV, 3 und 4. S. 366.)

Patientin, eine grosse Hundeliebhaberin, welche sich täglich von ihrem Hunde hatte lecken und liebkosen lassen, bemerkte zuerst in ihrem 17. Jahre in der rechten Brustdrüse einen Knoten von der Grösse einer Kastanie, welcher sehr hart, rund beweglich und unempfindlich war. Derselbe blieb drei Jahre lang von derselben Beschaffenheit, dann traten stechende und bis in die Schulter und den Arm ziehende Schmerzen in der Brust an der Stelle, wo die Geschwulst sass, auf, während diese selbst auf Druck unempfindlich blieb, aber an Grösse zunahm, so dass sie bei der Operation im 22. Jahre der Patientin die Grösse eines kleinen Apfels hatte. Bei der Exstirpation zeigte sich die Bindegewebskapsel überall fest mit den umgebenden Geweben verwachsen. Nach Eröffnung der Kapsel floss eine wasserklare Flüssigkeit aus und die Echinococcusblase fiel vor, welche eine ganze Schaar Echinococcusscolices, viele auf einem gemeinsamen Stiel zu Colonien gruppirt enthielt. In 8 Tagen Heilung.

Doutrelepont.

---

160. **Dr. W. Pichler** (Carlsbad), **Chronische Cystitis. Pneumaturie.** (Allgem. Wiener medicin. Zeitung. 1881. IV. Nr. 1.)

Bei einem ziemlich kräftigen mit einem chronischen, eitrigen Blasencatarrhe behafteten Manne fand sich die eigenthümliche Erscheinung, dass oftmals beim Uriniren dem letzten Tropfen Harnes unter laut hörbarem, zischenden Geräusch Luft in ziemlich reichlicher Menge folgte. Diese Erscheinung bestand seit 8 Jahren und hatte sich wahrscheinlich nach einem Typhus entwickelt, so dass P. schliesst, sowohl nach der Natur der geruchlosen Gase sowie weil niemals Faeces durch die Harnröhre austraten, dass in Folge von Perforation eines Typhus-Geschwüres in die Blase nach vorheriger Verlöthung mit dem Darm eine feine Communication zwischen Blasen- und Darm-Höhle bestehe. Die Kur in Carlsbad blieb ohne Erfolg. Einen ähnlichen Fall fand Vf. nur von Quiquerez (Zeitschr. f. pract. Heilkunde 1863. IV Nr. 52) beschrieben.

Bartold.

---

161. **Dr. Truka, Ein Fall von ungewöhnlich grossem centralen Osteosarcom des Oberkiefers.** Exstirpation. Heilung. (Zeitschrift für Heilkunde. I. Bd. 5. u. 6. Heft. Prag 1881.)

Verf. theilt einen Fall mit, wo bei einem 22 Jahre alten Patienten ein gestieltes Osteosarcom des Oberkiefers von Prof. Billroth in der Weise operirt wurde, dass zunächst der muskulöse Ueberzug des Tumors dort, wo die Einschnürung entsprechend der Oberlippe am grössten war, circulär umschnitten wurde, und nach Zurückdrehung derselben mit dem Raspatorium besonders weithin am harten Gaumen der Tumor mit der Säge abgetragen wurde. Die Entwickelung der Geschwulst wurde zwischen dem 10. und 11. Lebensjahre wahrgenommen. Verf. nimmt, wie Billroth, Senftleben u. A., an, dass der Zahnwechsel als aetiologisches Moment zur Entwicklung des Tumors anzusehen sei. Entsprechend der Stelle, wo der obere Eckzahn permanent durchbricht, bemerkte der Patient zwischen dem 10. und 11. Lebensjahre eine Auftreibung, aus der sich im Laufe der Jahre eine colossale Geschwulst entwickelte, die zwar alle Zähne dislocirte, aber als solche in dem Theil des Alveolarknochens, der in der Geschwulst aufgegangen ist, unverändert aufwies.

In anderen Fällen von Osteosarcom kann ein Trauma als Entstehungsursache angesehen werden.

Kohts (Strassburg).

---

162. **Isidor Alfoeldi, Zur Pilocarpinbehandlung der Diphtheritis.** (Wien. med. Presse Nr. 13.)

163. **Joseph Schmid, Zur Pilocarpinbehandlung der Diphtheritis.** (Wien. med. Presse Nr. 15.)

A. wendete das Pilocarpin in 6 Fällen von Diphtheritis an, alle endeten letal; ebenso verliefen 5 von Collegen behandelte Fälle bei Gebrauch von Pilocarpin tödtlich. Den Tod eines 5jährigen Knaben unter den Erscheinungen des Lungenoedems glaubt A. geradezu auf den Gebrauch des Pilocarpin zurückführen zu müssen.

S. hat mit seinen Collegen Dr. Szymonowicz und Dr. Glarczynski die Pilocarpin-Wirkung in einer grösseren Anzahl von Diphtheritis-Fällen einer genaueren Prüfung unterzogen. Sie kamen zu dem Resultate, dass das Pilocarpin gegen jede Form der Diphtheritis (sie unterscheiden mit Oertel eine catarrhalische, croupöse und septische Form) vollkommen wirkungslos sei; es beeinflusse den Krankheitsprocess in keiner nur halbwegs günstigen Weise; bei der septischen Form wirke es geradezu schädlich, da es frühzeitigen Collapsus bewirke und den ungünstigen Ausgang nur beschleunige.

Ungar.

---

164. **A. Hiller, Ueber Arznei-Pilze.** (Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. III, Heft I.)

Verf. sucht den Grund des Auftretens von Schimmel in destillirtem Wasser und zusammengesetzten Mitteln in dem Hereingerathen von athmosphärischem Staub in dieselben, nachdem dieselbe Ansicht, neben einem Hinweis auf die Bedeutung einer, bei chemischen Präparaten etc. sehr häufigen geringen Verunreinigung durch Schwefelsäure bereits von Binz ausgesprochen worden war. Verf. berichtet über die schädlichen Folgen der Schimmelbildung in arzneilichen Lösungen, die zur subcutanen Injection verwandt worden waren. Er erwähnt 2 Fälle, wo Abscedirung aufgetreten war nach Injection von Morphiumlösung (1: Aq. dest. et Glycerin āā 25,0), die etwa 6 Wochen alt war. Sowohl frei umherschwimmend als auch den Glaswänden und dem Korke ansitzend fanden sich Rasen und Fragmente des Mycelium von Eurotium aspergillus neben massenhaften Sporen desselben Pilzes. Die Lösung reagirte schwachsauer, roch auch säuerlich. Hautröthung und vorübergehende Dermatitis war nach Einspritzungen derselben Lösung öfter beobachtet worden.

Eine ausgedehnte, tiefgreifende und abscedirende Phlegmone des Oberschenkels entstand bei einer Frau, der post abortum innerhalb weniger Tage 3 Mal 1 Pravaz'sche Spritze voll Ergotinlösung (2,0: Aq. dest. et Glycerin āā 10) in den Oberschenkel injicirt worden war. Der Abscess war von profuser Eitersecretion und weithin sich erstreckenden Senkungen begleitet. In der mehr als 3 Monate alten Ergotinlösung wurden grosse Schimmelbeläge von Aspergillus

glaucus gefunden neben zahlreichen Flecken eines dichten, verästelten Fadenpilzmyceliums und Sporen. Auch diese Lösung reagirte schwachsauer. Verf. lässt es dahingestellt sein, ob die Pilze oder die durch ihre Anwesenheit bedingten Umsetzungsproducte in der Flüssigkeit die Abscedirung herbeigeführt haben, stellt aber fest, dass ein Zusammenhang zwischen Verschimmelung und Abscedirung bestehe. H. selbst bekam während einer Iritis nach 2 1/2 wöchentlicher Anwendung einer 1 % Atropinlösung, welche bis dahin gut ertragen war, plötzlich heftige Conjunctivitis. Dieselbe schwand nach Anwendung einer frischen Atropinlösung unter der üblichen Medication wieder. Es fand sich, dass die erste Lösung deutlich sauer reagirte und zahlreiche stecknadelkopfgrosse Flecken von Fadenpilzknäulen enthielt. Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass die Ursache der meisten Fälle von Atropinconjunctivitis in der Anwesenheit solcher Pilze beziehentlich der durch sie bewirkten Zersetzungsproducte zu suchen ist, zumal Verf. dieselben „Atropinpilze" auch noch in anderer, älterer Atropinlösung vorfand.

Das Verschlucken verschimmelter Arzneilösungen hält Verf. mit Binz und Rosenthal für wenig bedenklich, hält jedoch auch hier Vorsicht für geboten.

„Jeder Arzt hat also ein wohlbegründetes Interesse daran, Arzneiflüssigkeiten, welche für einen länger fortgesetzten Gebrauch bestimmt sind, also Pinselwässer, Verbandwässer, Augentropfen und Lösungen zur subcutanen Injection, vor der Entwicklung von parasitischen Pflanzen zu schützen". Als dazu dienende Mittel giebt H. an: Grosse Sorgfalt bei der Anfertigung der Arzneilösungen, Vermeiden des Eintauchens von Pincetten, Pinseln und Canülen in die Flüssigkeit und häufige Erneuerung der Arzneilösungen. Letzteren Punkt anlangend, schlägt Verf. vor, adstringirende Augenwässer und Atropinlösungen nicht länger als 8, Flüssigkeiten zur subcutanen Injection nicht länger als 14 Tage zu benutzen.

Schulz.

---

165. Dr. Edgar Kurz (Florenz), Zur Anwendung des Amylnitrit. (Memorab. XXVI. Jahrg. 1881. 2. Heft.)

Verf. hat Amylnitrit bei verschiedenen krankhaften Zuständen angewendet und empfiehlt dessen Wirkung als eine meist sehr zuverlässige. Aeusserlich als Einreibung bei „Magenschmerzen" und dem sog. nervösen Zahnschmerz, sowie bei Neuralgien der Trigeminus-Aeste hatte es eine günstige palliative Wirkung.

Die in der Arbeit von Pick „Ueber das Amylnitrit" bereits veröffentlichten günstigen Wirkungen der Amyl-Inhalation bei der angiospastischen Hemikranie, bei Dysmenorrhoe, bei Schwindel und Ohnmacht anämischer Personen, bei Seekrankheit, Chloroform-Syncope wurden bestätigt. Bei je einem Anfall von Epilepsie und von hysterischen Krämpfen war eine Wirkung nicht zu beobachten.

Eine der wichtigsten Indicationen für das Medicament sieht Verf. in der Insufficienz des Herzens und der drohenden Herzparalyse. „In

solchen Fällen kann es geradezu lebensrettend wirken, indem es durch Herbeiführung peripherer Hyperämie und Anregung des capillären Kreislaufs den Blutdruck vermindert und Zeit gewonnen wird, bis sich die Wirkung von Digitalis, Champagner etc. entfalten kann". So wurden von einem Kranken, welcher mit mehrjähriger Mitralinsufficienz plötzlich von Delirium cordis mit Erbrechen, kühlen Extremitäten befallen wurde, in einer Nacht in Dosen von 3, später selbst 10 Tropfen, im Ganzen 10 gr verbraucht ohne besondere schädliche Folgen, vielmehr hatte unterdess ein per Clysma beigebrachtes Digitalis-Infus die gewünschte Beruhigung der Herzthätigkeit herbeigeführt.

In einem zweiten Falle, wo ein 30-jähriger kräftiger Mann mit Cholera-ähnlichen Erscheinungen erkrankt und in starken Collaps mit starker Pulsbeschleunigung (200) verfallen war, bewirkten Amylnitrit-Inhalationen, häufig wiederholt, eine Verminderung der Puls-Frequenz, Regulirung der vorher unregelmässigen Athmung, Wiederkehr der Hautwärme in der erkalteten Haut und Aufhören der diarrhoischen Stühle.

Bartold.

---

166. **H. Schulz, Ueber den Parallelismus der Wirkungsart bei Coniin und Curare, sowie dessen klinische Bedeutung.** (Zeitschr. f. klinische Medizin. Bd. III. H. 5.)

Einer innerhalb bestimmter Grenzen liegenden, mit sicherer Voraussicht des Erfolges verbundenen therapeutischen Verwendung des Curare steht die Beschaffenheit des Präparates selbst im Wege. Dasselbe ist in seiner Wirkungsweise so inconstant, jedes einzelne Präparat selbst im Verlauf der Zeit so wenig haltbar, dass es für jeden einzelnen Fall, wo dasselbe benutzt werden soll, einer Vorprüfung in corpore vivo bedarf um sich über die Höhe der beim Menschen zu verwendenden Dosis einigermassen Sicherheit zu verschaffen. Dieses Uebelstandes wegen, dann aber auch, weil in zwei Fällen trotz des unsicheren Präparates Erfolge erzielt wurden bei einer Krankheitsform, die bislang der Therapie spottete, der Lyssa humana, unternahm Ref. Versuche mit bromwasserstoffsaurem Chinin, um in diesem Präparat möglicherweise ein Mittel nachweisen zu können, geeignet, das Curare zu ersetzen. Dass das Coniin ebenso wie das Curare die peripheren Endigungen der motorischen Nerven lähme, war bereits durch Kölliker experimentell dargethan. Das Coniin ist aber als solches seiner chemischen und physikalischen Eigenschaften wegen wenig dazu geeignet, allgemein therapeutisch benutzt zu werden. Anders liegt die Sache für das bromwasserstoffsaure Coniin. Wir besitzen in demselben ein leicht lösliches Salz, constant in seinem Coniingehalt und ebenso wirkend wie das reine Alkaloid. Da seiner Zeit von Guttmann mitgetheilt worden war, dass das Coniin Krämpfe erregt, so musste begreiflicher Weise dieser Punkt für das bromwasserstoffsaure Salz zuerst ins Reine gebracht werden. Bei keinem einzigen der Versuchsthiere stellte sich unter Anwendung des genannten Salzes ein Krampf-

anfall ein, nur kurz vor dem Tode wurden geringe krampfhafte Zukkungen gesehen, die aber ihren Grund in der, durch die Lähmung der Athemmuskulatur bedingten Dyspnoe hatten. Ref. schlägt nun vor, das bromwasserstoffsaure Coniin an Stelle des Curare treten zu lassen in erster Linie da, wo es sich um Bekämpfung der Lyssa handelt, dann aber auch in anderen Formen spastischer Affectionen, wie auch schon Harberg für solche Fälle, zumal localisirter Art, z. B. Caput obstipum, den Saft von Conium maculatum als erfolgreiches Heilmittel angegeben hat. Das Coniinsalz kann subcutan und per os gegeben werden, da es auch vom Magen aus seine specifische Wirksamkeit zu entfalten vermag. Die Dosirung schlägt Ref. vor nach den für Coniinum normirten Gaben zu wählen, die je nach Art des vorliegenden Falles unter Beachtung der nöthigen Vorsicht gesteigert werden können. Besondere Aufmerksamkeit ist auf das Verhalten der Respiration zu richten. Es gelang durch Einleitung und Unterhaltung der künstlichen Respiration die Wirkung tödtlicher Dosen von bromwasserstoffsaurem Coniin bei Thieren zu paralysiren und das Ende hinauszuschieben, das Gleiche wurde auch von Prévost für das genannte Präparat constatirt.

Schulz.

Neue Bücher.

Cantani, Cystinurie, Fettsucht und Gallensteine; klinische Vorträge. (Specielle Pathologie und Therapie der Stoffwechselkrankheiten III). Aus dem Italienischen von Dr. Hahn. Berlin, Hempel. 3 M.

Die Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz. Bericht über Einrichtung. Organisation und Leistungen derselben in dem Decennium 1. Jan. 1871 bis 31. Dec. 1880. Mit 3 Chromolithographien und 2 Plänen. Leipzig, G. Böhme. 3 M.

Finkelnburg, Ueber Ziele und Wege der internationalen Gesundheitspflege. Berlin, Janke. 50 Pf.

Handbuch der Physiologie, herausgegeben von Hermann.
V. Bd. II. 1. Aufsaugung und Verdauung 6. M.
VI. Bd. 1. Allgemeiner Stoffwechsel. 14 M.
VI. Bd. 2. Zeugung. 8 M.
Leipzig, F. C. W. Vogel.

Nussbaum, Zur antiseptischen Wundbehandlung, insbesondere zur Lister'schen Methode. 4. umgearbeitete Auflage. Stuttgart, Enke. 3 M.

Rossbach, Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden für Aerzte und Studirende. 1. Hälfte Berlin, Hirschwald. 4 M.

Schreiber, Ueber Gehirndruck. Mit 7 Curventafeln. Leipzig, F. C. W. Vogel. 5 M.

Schweiger, Klinische Untersuchungen über das Schielen. Berlin, Hirschwald. 4 M.

Tauber, Die Anästhetica. Eine Monographie mit Berücksichtigung von zwei neuen anästhetischen Mitteln. Berlin, Hirschwald. 2 M. 80 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 2. Juni. Nro. 12.

167. **Dr. Kerschensteiner (München), Ueber infectiöse Pneumonie** Vortrag, gehalten im ärztlichen Vereine zu München. (Aerztl. Intell.-Blatt 1881. Nr. 20.)

K. beobachtete in der Gefangenanstalt für Männer zu Amberg (Oberpfalz) ein epidemisches Auftreten von reiner croupöser Pneumonie.

Die Epidemie begann Anfangs Januar 1880, stieg rasch an bis zum 21. Februar, um in zickzackförmiger Curve allmählig abzufallen und in der 2. Hälfte des Juni ihr Ende zu erreichen.

Es erkrankten 14 Proc. und starben 4 Proc. der Sträflinge an Pneumonie (im Ganzen 161 Erkrankungsfälle unter 1150 Personen); das Pflege- und Aufsichtspersonal wurde völlig verschont. Die Erkrankungen trugen sämmtlich den Charakter hochgradiger Schwäche, so dass von Anfang an tonisirende und excitirende Behandlung nothwendig war. Nur in wenigen sehr rapid verlaufenen Fällen war mässige Milzschwellung beobachtet worden. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes (Prof. Bollinger) ergab keine Pilze, Impfungen mit dem Blut an Thieren blieben sämmtlich erfolglos. Weder Beschäftigungsweise, noch Kost, noch Trink- und Gebrauchswasser der Anstalt konnte als Krankheitsursache angezogen werden, dagegen musste ein krankmachender Einfluss den überfüllten Schlafsälen zugeschrieben werden.

Auffallend war, dass je kürzer die Haftdauer (bei den meist kräftigen Detinirten) um so höher die Disposition zur Erkrankung war. Durch möglichst genaue Aufzeichnungen derartiger Vorkommnisse nach Zeit, Ort und Charakter der gehäuften Pneumonien kann vielleicht mehr Klarheit in diese Materie gebracht werden.

Seifert (Würzburg).

---

168. **Prof. Dr. Hirschsprung, Eine eigenthümliche Localisation des Rheumatismus acutus im Kindesalter.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVI Bd. 3 u. 4 Heft. p. 324. 1881.)

Verf. betont, dass man beim acuten Gelenkrheumatismus im kindlichen Alter es scheinbar mit leichten Fällen zu thun habe, wobei die Krankheit sich darauf beschränkt, ohne besonders starkes Fieber und ohne stark hervortretenden Schweiss einzelne Gelenke anzugreifen, gewöhnlich Fuss und Kniegelenk, vielleicht sogar als eine Specialität des Kindesalters nur die kleinen Gelenkverbindungen der Halswirbel. Nach 8—14 Tagen scheint die Krankheit abgelaufen, und ist es vielleicht auch. Auffallend ist aber die ungemein grosse Häufigkeit von Herzaffectionen im Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus im kindlichen Alter. Bei den geringen subjectiven Beschwerden sind mit um so grösserer Aufmerksamkeit die Verhältnisse des Herzens zu überwachen. Von 17 Patienten starben 4 an Endopericarditis. Unzweifelhaft ist ein grosser Theil der Klappenfehler, welche man im späteren Alter constatirt, auf eine unbeachtet gebliebene Affection im Kindesalter mit latent verlaufener Herzcomplication zurückzuführen. Recidive kommen im Kindesalter ungemein häufig vor, und folgen namentlich auf leichte Fälle. Von 17 Kranken, welche Verf. behandelte, sind 5 zwei, drei oder vier Male wegen derselben Krankheit im Hospitale gewesen. Beim Rückfalle sieht man dann dieHerzerkrankung mitunter in den Vordergrund treten. In seinen 17 Fällen trat einmal 2 Tage vor dem Tode bei einem 8 jährigen Knaben Chorea auf. Dagegen konnte man bei 30 Fällen von Chorea 7 mal leichte Formen von vorausgehendem Rheumatismus constatiren. Aussergewöhnlich kann man, wie Meynet in Lyon zuerst und dann Rehn mittheilte, beim acuten Gelenkrheumatismus im Kindesalter ein eigenthümliches mehr oder weniger ausgebreitetes Leiden der Sehnenscheiden und des fibrösen Gewebes beobachten. Verf. theilt sodann 3 bezügliche Beobachtungen mit.

I. Sophie H., 8 Jahre alt, litt 4 Jahre an rheumatischen Symptomen. Vor ihrer Aufnahme in das Hospital klagte sie über multiple Gelenkschmerzen. Bei der Untersuchung (13. Mai 1875) fand man die Gelenke frei und schmerzlos. Längs dem Verlaufe der Sehne des m. palmaris longus fühlt und sieht man, wenn die Haut gespannt wird, perlenschnurgestellte, kaum hanfkorngrosse, knorpelähnliche Absetzungen. Aehnliche doch grössere finden sich, wo die Sehnen des m. extensor digitorum comm. und m. ext. poll. longus die Metacarpophalangealgelenke passiren, theilweise die Sehnen ganz einhüllend, und

mit ihnen verschiebbar. Aehnliche Ablagerungen findet man an den malleoli, in den Sehnen des m. paeroneus longus sin., des m. ext. digit. minim., des m. ext. communis, an der Insertion des m. ext. hallucis longus, am bedeutendsten um die Kniegelenke (s. pag. 327). Am Rücken, den beiden ersten und dem zehnten Brustwirbel, sowie allen Lendenwirbeln entsprechend, bemerkt man deutliche Knoten. Die Geschwülste sind durchgängig bedeutend empfindlich; die Bewegungen der Muskeln sind frei. Am 30. August war sie wieder vollständig hergestellt. In welchem Zeitpunkte der Krankheit die Complication aufgetreten ist, kann nicht genau entschieden werden. Die Geschwülste können von einem Tage zum andern hervorkommen, involviren sich jedoch nicht so geschwind. Am schnellsten verschwinden die miliaren Absetzungen; je grösser die Geschwülste, desto längere Zeit fordert die Absorption; die grössten erfordern Monate. Mit diesen Absetzungen treten neue Gelenkaffectionen auf, und stethoscopisch lassen sich die Zeichen eines Klappenfehlers nachweisen, die sich allmälig wieder zum Theil verlieren.

Die als „zweiter Fall“ referirte Krankengeschichte betrifft dieselbe Patientin, die am 7. Januar 1877 wiederum dem Hospital zugeführt wurde. Sie bot der Beschreibung nach die Zeichen einer Insufficienz der v. mitralis, und etwa 4 Wochen nach dem Auftreten der ersten Herzsymptome zeigten sich die Absetzungen, die acut auftraten, und sich diesmal zuerst auf verschiedenen proc. spinosi als bewegliche knorplige Körper zeigten, später in verschiedenen Muskelsehnen, am malleol. ext. und extr. inf. radii auftreten. Die endopericarditischen Symptome zeigen einen hohen Grad der Entwickelung. Urin ohne characteristische Eigenschaften. Nach 6 Wochen ist jede Spur der Anschwellungen verschwunden.

3. Fall. Bolette Nielson, 3¾ Jahre alt, wurde am 22. Septbr. 1877 ins Hospital aufgenommen. Als Einleitung der todbringenden Krankheit sehen wir einen fast abortiven acuten Rheumatismus mit mässiger Temperaturhöhe ohne Schweiss, höchst unbedeutendes Gelenkleiden und als Theil dieses eine Torticollis. Das Kind wird anscheinend gesund entlassen, doch bald stellen sich zu wiederholten Malen Recidive ein, und ein Herzleiden, dass beim zweiten Anfall sich entwickelte, macht weitere Fortschritte. Etwa drei Monate vor dem Tode bemerkte man die in den früheren Krankengeschichten erwähnte Knotenformation, die in diesem Falle auf die Spitze jedes Olecranons beschränkt, und unverändert bis zum Tode des Kranken bleibt. Verf. referirt sodann den Fall von Meynet (Lyon médical 1875 No. 49) und den Fall von Rehn (s. pag. 332—33), und citirt sodann noch einen andern später von Rehn beobachteten Fall. Es handelt sich um einen 4½ Jahre alten Knaben mit irregulärem Rheum. acutus. Einsetzen mit Pleuritis exsudativa sowie Pericarditis und mässige multiple Gelenkaffection; gegen die fünfte Woche Peritonitis exsudativa, und Auftreten anfangs sehr schmerzhafter, etwa erbsengrosser Geschwülstchen. Nach Bepinselung mit Jodtinctur liess die Schmerzhaftigkeit nach, und trat Verkleinerung ein. Trotz einer Soolbadekur in Nauheim persistirten die Neoplasmen, wenn auch in reducirtem Maassstabe.

Später beobachtete Verf. noch zwei Fälle bei einem 12jährigen Mädchen und bei einem 9jährigen Knaben.

Aus den vorliegenden Beobachtungen resumirt der Verf. Das Fieber hat in der Regel einen wenig heftigen aber protrahirten Character. In den meisten Fällen handelt es sich um Recidive, die mit Herzleiden complicirt sind. Andererseits kann der Rheumatismus sich auch nur als Herzleiden ohne Gelenkaffection manifestiren. Im Verlauf der Krankheit, jedoch niemals im Anfange treten kleinere und grössere Geschwülste in höchst verschiedener Menge unter der Haut auf. Nur ausnahmsweise findet man unmittelbar nach ihrem Auftreten eine schwache Röthe der bedeckenden Haut, und keineswegs immer grössere Empfindlichkeit. Es hat fast den Anschein, als wenn die Geschwülste in statu nascenti ihre bleibende Grösse haben, oder aber sie wachsen sehr schnell. Die Eruption ist in der Regel sehr reichlich. Man kann drei Formen unterscheiden a) eine miliäre in Sehnen und Sehnenscheiden, b) eine mehr massenhafte, in den Sehnen, namentlich in den Strecksehnen, wo sie über Articulationen gleiten, oder an ihrer Insertionsstelle, c) noch grössere Knoten, an solchen Stellen, wo Knochentheile dicht unter der Haut liegen. Die Consistenz ist stets eine knorpelharte. Es findet sich eine entschiedene Neigung zu spontaner Involution. Rehn nimmt wie Meynet an, dass die Geschwülste aus einer inflammatorischen Proliferation im Sehnengewebe hervorgehen, und diese Anschauung wird durch den Sectionsbefund im Falle Nielson (Prosector B. Bang) weiter bestätigt. Die Knoten müssen, sagt Bang, vermeintlich gedeutet werden als Bindegewebsneubildung, zunächst wohl chronisch-inflammatorischer Art mit Tendenz zu Necrobiose. Wahrscheinlich sind sie aus den Sehnen entsprungen, an deren Gewebe sie auffallend erinnern.

Kohts (Strassburg).

---

169. **Dr. P. K. Pel, Bydrage tot de casuistiek der verlammingen ten gevolge van schrik.** Beitrag zur Casuistik der „Schrecklähmungen". (Weekblad van het nederlandsch tydschrift voor geneeskunde. 1881. Nr. 19.)

Johannes Sluyter, ein 39jähr. stets gesunder Mann, wurde am 11. Juni 1880, während er im Busen von Batavia, auf der Schiffstreppe stehend, seine Leinewand wusch, plötzlich durch einen gewaltigen Haifisch überrascht, dessen Rachen er sich nur durch schleunigste Flucht zu entziehen vermochte. Unter heftigem Schrecken betrat S. das Verdeck, konnte nicht sprechen und musste sich zur Ruhe begeben. Nachdem nach drei Stunden die Sprache zurückgekehrt war, klagte er über Taubheit der Füsse und konnte nur mühsam gehen. Das Gefühl des Taubseins, welches er nur bis zu den Enkeln wahrgenommen, breitete sich an demselben Abend bis zum Nabel aus. Beide Beine waren dem subjectiven Gefühle nach eiskalt, ganz gefühllos, während die Schmerzempfindung total aufgehoben war.

Neben dieser Anästhesie und Analgesie der untern Extremitäten trat auch Paraplegie derselben und incontinentia urinae auf. Als am

andern Tage der Zustand nicht verändert war, wurde Patient nach Batavia in das Hospital transportirt. 10 Tage nach dem überstandenen Schrecken reagirten zum ersten Male die Zehen des rechten Fusses auf den electrischen Strom. Von da ab begannen allmählig auch die andern Theile auf denselben zu reagiren. Gegen Ende Juli wurden auch active Bewegungen möglich, sodass einen Monat später Pat. etwas zu gehen vermochte. Zu gleicher Zeit traten spontane Zuckungen in den Beinen auf, die Sensibilität kehrte zurück, die Analgesie dagegen blieb fortdauernd. Am 12. October verliess S. das Hospital um nach Holland zurückzukehren. Anfänglich wurde auf dem Schiffe der Zustand etwas besser, blieb dann stationär. Jedesmal trat einige Verschlimmerung ein, wenn psychische Einflüsse auf Pat. einwirkten.

Am 2. Februar 1881 meldete sich Pat. im hiesigen Krankenhause und wurde in die Klinik des Herrn Prof. Stokvis aufgenommen. Daselbst wurde folgender Status praesens constatirt:

Pat. ist ein kräftiges, gut genährtes Individuum mit intelligentem Aeussern; die Funktionen des Digestionsapparates sind ausgezeichnet, der Puls ein guter mit einer mittleren Frequenz von 80. Alle inneren Organe wurden normal befunden, ebenso das Gesicht und die oberen Extremitäten.

Die unteren Extremitäten zeigen bei ruhiger Bettlage zuweilen unwillkürliche Contractionen, die hauptsächlich in Flexion des Unterbeines bestehen. Alle active Bewegungen werden gut ausgeführt, die Coordination ist eine vollkommen normale. Die Sehnenreflexe sind stark erhöht, zuweilen treten nach mechanischen Reizen ausgebreitete Reflexcontractionen auf. Bei schneller passiver Dorsalflexion des Fusses tritt zuweilen der sogenannte Reflexclonus auf, der meistens durch schnelle Plantarflexion der grossen Zehe aufgehoben wird. Während die Cremasterenreflexe anwesend sind, fehlen die Bauchreflexe. Tast- und Muskelgefühl, Druck-, Platz- und Temperatursinn sind vollständig normal, sodass jegliche Störung in der Sensibilität fehlt. Die electro-cutane und -muskuläre Sensibilität ist ebenfalls normal, während bei der Prüfung der electromuskulären Contractilität bald diffuse Muskelcontractionen auftreten. Unterhalb einer durch den Nabel gezogen gedachten Linie (hinten ca. 10 cm über den cristae) besteht an beiden Extremitäten totale Analgesie.

Die Wirbelsäure ist ohne jegliche Abnormität, nirgends bestehen trophische oder vasomotorische Störungen.

Der Urin (2000 cm pro die) reagirte alcalisch; sein Bodensatz besteht aus Schleim- und Eiterkörperchen. Eiweiss konnte nicht constatirt werden. Patient muss häufig Urin lassen und dem Andrange schnelle Folge leisten, indem sonst der Urin unwillkürlich abgeht. Die Defaecation ist zwar eine träge, geschieht aber immer willkürlich. Beim Gehen schleppen beide Beine etwas, Pat. kann einige Schritte ohne Stütze machen, der Gang ist jedoch sehr unsicher.

Am 16. Februar wurde ein Hufeisenmagnet von 30 kgr Tragkraft eine Stunde lang an die Aussenseite des linken Unterbeines applicirt mit dem überraschenden Resultate, dass die Analgesie vollständig aufgehoben wurde.

Während der Magnet anlag, wurde 4 Mal beinahe heller Urin

gelassen, der eine viel geringere alcalische Reaction zeigte als vordem. Nach einigen Stunden reagirte der Urin wieder stärker alcalisch.

Nach der ersten Application bestand fortwährend normales Schmerzgefühl; wegen des offenbar günstigen Einflusses auf die Function der Blase wurde der Magnet noch einige Male angewandt, jedesmal mit demselben, leider nur kurz anhaltenden Erfolg. Anfang März war die Parese der untern Extremitäten sark vermindert, die Reflexerregbarkeit viel geringer, der Urin minder trübe bei neutraler Reaction. Pat. klagte noch stets über ein Gefühl von Ermüdung im Lendengebiete. Die Therapie bestand in Anwendung des constanten Stromes auf den Lendentheil der Wirbelsäule; ausserdem wurden Martialia gegeben.

Verfasser knüpft an die Krankengeschichte die Frage nach dem Sitze des Leidens. Die Erscheinungen deuteten unzweifelhaft auf eine Affection des Lendenrückenmarkes; es liessen sich alle Symptome erklären durch die Annahme, dass die Leitung zwischen Gehirn und unterm Theile des Rückenmarkes aufgehoben sei und zwar in der grauen Substanz. Anfänglich wäre wohl das ganze Lendenmark afficirt gewesen und die noch bestehende Muskelschwäche der untern Extremitäten könne leicht als Folge der nicht ganz verschwundenen Störung in der weissen Substanz angesehen werden.

Die Frage, ob hier eine wirkliche Myelitis vorhanden, oder nur eine gestörte Funktion des Rückenmarkes ohne organische Veränderungen, meint Verf. zu Gunsten der letzten Annahme entscheiden zu können. Hierfür sprächen: der günstige Verlauf, das anamnestische Factum, dass jedesmal nach neuen psychischen Reizen der Zustand verschlimmerte, der überraschende Erfolg durch den Magnet und das ganze Bild der Krankheit, welches kaum in den Rahmen eines der bekannten Rückenmarksleiden passe.

Die günstige Wirkung des Magnetes auf die Analgesie liesse sich vielleicht durch die Hypothese erklären, dass durch seine Einwirkung moleculäre Veränderungen (etwa Umlagerung der Mol.) in der grauen Substanz zu Stande gekommen wären. Die Veränderung des Urines jedesmal während und nach Application des Magnetes deute auf ein kürzeres Verweilen des Urins in der Blase, wobei auch möglich sei, dass der Magnet eine bessere Leitung zwischen den Nerven der Blasenschleimhaut und dem Gehirn zu Stande bringe.

Die Prognose hält Verf. für eine ziemlich günstige. In Betreff der Pathogenese nimmt Verf. an, dass der gehabte gewaltige Schreck, eine Störung des vasomotorischen Centrums, eine Anaemie des Rückenmarkes verursacht habe. Im Lendentheile seien dabei noch unbekannte Störungen im Stoffwechsel aufgetreten und zwar gerade da, weil hier wegen der starken geschlechtlichen Excesse, die Patient begangen zu haben eingestanden, ein locus minoris resistentiae vorhanden war.

Gerke (Amsterdam).

---

170. **Prof. M. Rosenthal** (Wien), **Zur klinischen Charakteristik der Lepra anaesthetica.** (Viertelj. für Derm. und Syph. 1881. 1. S. 25.)

R. beleuchtet die von Dr. Breuer geschilderte Lepraform (s. Centralbl. 1881. Nr. 1) vom neuropathologischen Standpunkte näher. Die bilateral vorhandenen ausgebreiteten und tiefgreifenden Störungen deuten auf krankhafte Vorgänge in den spinalen Centren. Nach den neuesten vorliegenden anatomischen Befunden im Nervensystem bei Lepra (Danielsen, Boek, Stendener, Langhans, Tschirjew etc.) sind die hinteren Stränge der grauen Hörner und der Commissurfasern, welche in Beziehung zur Sensibilität stehen, entzündet und mit diesen Veränderungen der Centren gehen Entzündungen der peripherischen Nervenbahnen Hand in Hand. Bei Besprechung der Frage, ob die Myelitis oder die Neuritis das Primäre sei, entscheidet sich R. dahin, dass die Myelitis der Hinterhörner als das Primäre und Bedingende, die Neuritis also nur als ein secundärer Prozess anzusehen sei, wodurch die pathologischen Erscheinungen bei Lepra anaesthetica am besten sich erklären liessen.

Doutrelepont.

---

171. **Dr. L. Mendel** (Privatdocent, Berlin), **Die Psychosen im Gefolge acuter somatischer Erkrankungen.** (Deutsche klin. Wochenschrift 1881. Nr. 19.

Die nach Typhus, Pneumonie, Rheumat. artic. acut., Variola, Erysipelas, seltener nach Pleuritis, Cholera, Dysenterie, Recurrens, Nephritis, Scarlatina vorkommenden acuten Psychosen waren schon im Alterthum bekannt. Ausführliche Litteraturangabe findet sich bei Kraepelin (Arch. f. Psychiatr. XI. 1. 1880).

M. berücksichtigt nur die nach dem Fieberabfall eintretenden Störungen. Meist sind es Hallucinationen im fieberlosen Zustand, die den Process einleiten; nicht selten schliessen sie sich in Form und Inhalt an vorhanden gewesene Fieberdelirien an. Der Kranke verheimlicht sie anfangs, es besteht oft Hyperästhesie im Gebiet eines oder des andern Sinnesnerven, besonders des opticus und acusticus; es kommen Gefühle von Zusammenschnüren in der Herzgrube und Präcordialangst. Dieses Initialstadium kann mehrere, bis 8 Tage dauern, ehe durch Reden und Handlungen die inzwischen entwickelten Delirien hervortreten und wenn jene Hallucinationen nicht beachtet werden, ein acuter Ausbruch von Wahnsinn vorhanden zu sein scheint. Meist ist die Form die Melancholia agitata, seltener stupida; in $^1/_4$ der Fälle etwa ist es die Mania hallucinatoria, in welcher im sinnlosesten Durcheinander die entgegengesetztesten Dinge an einander gereiht werden, d. h. allgemeine Verwirrtheit besteht.

Diese Formen gehen zuweilen in wenigen Tagen, gewöhnlich innerhalb 6—10 Wochen in Genesung über und nur 10—15 P. C.

führen zu dauernder Geistesstörung, geistiger Schwäche bis Blödsinn oder chronischer Verrücktheit.

In andern Fällen reiht sich an die Hallucinationen ein Zustand an, in welchem einzelne Wahnvorstellungen bei sonst normaler Intelligenz an jene Hallucinationen angeknüpft erscheinen. Geringe Grade solcher Störungen sind sehr häufig und gehen bald vorüber.

Uebrigens kommen auch z. B. nach Typhus Fälle acuter Dementia, die, so schwer sie auch erscheinen, doch meist eine gute Prognose geben. Hingegen entwickelt sich aus Fällen, wo schon im Fieberstadium die Bewusstseinsstörungen sehr erheblich waren, und das Bild einer Meningitis sich äusserte, eine chronische Dementia, geschwächtes Gedächtniss, verminderte Urtheilskraft, besonders nach Typhus und Scarlatina. Aetiologisch ist für solche Psychosen nach somatischen Krankheiten wahrscheinlich die erbliche Disposition, psychische Eindrücke, stattgehabte Einwirkung von Hirngiften (Alcohol, Tabak, Morphium) vor der Krankheit von Bedeutung. Den verschiedenen Formen der somatischen Krankheit entsprechen die verschiedenen Formen der psychischen Nachkrankheit nicht.

M. macht diagnostisch darauf aufmerksam, 1. dass die beginnende Psychose nicht mit einer Wiederkehr des Fieberdeliriums verwechselt werden kann, da das Thermometer die Fieberlosigkeit nachweist; 2. dass man sie nicht mit alkoholischen Geistesstörungen verwechseln darf, da sie erst nach dem Ablauf des Fieberstadiums, jene aber während desselben erscheinen.

Die Prognose ist im Allgemeinen günstig; die Behandlung muss roborirend sein; Abends einige Gramm Chloralhydrat sind rathsam, während Morphium meist grössere Aufregung hervorbringt.

R.

---

172. **Dr. Mügge** (Assistenzarzt), **Ueber die Operation des Empyems.** Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Göttingen. (Berliner klin. Wochenschr. 1881. XI., XII.)

Verf. theilt 10 Fälle von Empyem mit, welche durch Incision behandelt wurden. Von 8 Fällen giebt er genauere Krankengeschichten. 5 Fälle betreffen Kinder, die übrigen Erwachsene; in 8 Fällen trat Heilung ein und zwar mit vollständiger Funktionsfähigkeit der Lunge ohne Zusammensinken des Thorax an der kranken Seite, 2 Fälle verliefen tödtlich, der eine an Embolie und Lungengangrän, der andere an Carbolintoxication nach Ausspülung der Pleurahöhle mit 2% Carbolsäure. Verf. glaubt, dass die allein richtige Behandlung des Empyems in der Incision besteht und zwar mit Rippenresection, weil man nur so, zumal bei Kindern in den Stand gesetzt sei, eine breite Eröffnung des Abscesses und eine ergiebige Drainage auszuführen. Wie die Section eines später an Diphtheritis zu Grunde gegangenen Falles zeigte, hatte sich die knöcherne Continuität vollständig wieder hergestellt, Deformität des Thorax ist in keinem Falle beobachtet. Die Incision wurde in den meisten Fällen hinten angelegt, in Fällen, wo die Lunge mit dem Thorax

hinten verwachsen war, in der Axillarlinie, und es wurde dadurch auch, wenn man den Patienten auf die betreffende kranke Seite legte, ein guter Abfluss des Secrets erzielt. Gegenincision ist nur dann angezeigt, wenn ein Durchbruch an einer für den Abfluss ungünstigen Lage zunächst zu incidiren zwingt, oder die Abscesshöhle durch Adhäsionen in mehrere Abschnitte getheilt ist, oder das Empyem sehr putride ist. Nur in letzterem Falle ist auch eine wiederholte Ausspülung der Pleurahöhle nothwendig, und zwar am besten mit lauer Salicylsäurelösung. Will man stärker desinficiren, so nimmt man Chlorzinklösung (1 : 30 und 1 : 15), Carbolsäure darf wegen der Gefahr der Intoxication nicht genommen werden.

Der Verband muss in den ersten 4 Tagen täglich gewechselt werden, bei putriden Ergüssen auch später noch täglich.

Kohts (Strassburg).

---

173. **Dr. Max Schäffer** (Bremen), **Ozaena.** (Monatschr. f. Ohrenheilkunde, April 1881.)

Gegen die in letzter Zeit hervorgetretenen Bestrebungen, dem mit dem Namen Ozaena belegten Krankheitsbilde die Specificität abzusprechen macht Verf. Front und glaubt, dass wir auch weiterhin die bekannte typische Krankheit mit dem Namen belegen dürfen und zweifelt, dass sich aus einer einfachen Blennorrhoe der Nase ohne Dyscrasie die Ozaena entwickeln könne. Letztere erscheint ihm als das Wichtigste und somit würden die scorphulösen, phthisischen und syphilitischen Individuen allein von Ozaena befallen werden können. Dabei wird zugegeben, dass wir bis dato das Wesen der Veränderungen nicht kennen. Die Ansicht Störk's, dass es nur eine syphilitische Ozaena gebe, erklärt Verf. für zu weit gehend, da daneben besonders eine scrophulöse Ozaena vorkomme und anerkannt werden müsse. Somit würden folgende Aetiologien für Ozaena bestehen:

I. a) eine hereditäre Scrophulose,
   b) eine erworbene Scrophulose.
II. a) eine hereditäre Syphilis,
   b) eine erworbene Syphilis.

Davon zu trennen sind selbstständige Knorpel-Knochenerkrankungen und die Fälle von fötider Rhinitis, die durch den Aufenthalt eines Fremdkörpers entstehen.

Dass die Nase gerade der Sitz dyscrasischer Veränderungen wird, erklärt sich erstens aus dem Vorhandensein unzähliger acinöser Drüsen, sowohl in der regio olfactoria als respiratoria, zweitens aus dem Blutreichthum des Gewebes, welcher durch die Anwesenheit cavernöser Gebilde, die nach Voltolini der pars cavernosa penis in nichts nachstehen, seine Erklärung findet.

Bezüglich der Pathologie betrachtet Verf. abnorme Weite der Nase und Atrophie der Schleimhaut nicht als nothwendiges Postulat, da bereits im hypertrophischen Stadium die Ozaena voll entwickelt sein kann, d. h. Gestank vorhanden ist, und ist mit Ziem der Meinung,

dass nur desshalb im atrophischen Stadium der Gestank intensiver ist, weil das wasserarme und zähe Secret durch längeres Liegenbleiben Zeit genug findet, sich zu zersetzen.

Die Ansicht Michels, dass die Ozaena vorzugsweise durch Erkrankung der Nebenhöhlen bedingt sei, wird zurückgewiesen.

Das Bild der Krankheit gestaltet sich darnach folgendermassen: Im hypertrophischen Stadium besteht meist eine sehr profuse, dickeiterige Secretion, welche wegen der Schwellung an den Muscheln schlecht ausfliesst, und bald zur Borkenbildung Veranlassung gibt. Gewaltsames Entfernen der Borken führt Blutungen und Erosionen herbei, an die sich Geschwürsbildung anschliessen kann.

Im atrophischen Stadium dagegen ist die Schleimhaut matt, blass, dünn, das Secret ist wenig profus, zäh: Zustände, welche durch Untergang des Epithels und der Drüsen bedingt sind.

Bei hereditärer Lues entwickelt sich die Ozaena schon in den ersten Lebenswochen, sodass schon früh das atrophische Stadium erreicht sein kann, falls die Individuen nicht zu Grunde gehen.

Bei erworbener Syphilis ist das Bild ganz anders. Das hypertrophische Stadium ist sehr kurz, dauert oft nur ein Jahr, und ist bedingt vorzugsweise durch Schwellung des Periostes; ulcera sind dabei ungemein häufig, und führen letztere oft zur Necrose der Knochen.

Die Ozaena scrophulosa entwickelt sich vom 9.—12. Lebensjahr, beginnend mit starkem Schnupfen. Das Secret wird indess sehr bald eiterig und stinkend. In diesem Stadium ist die Krankheit heilbar. Der Uebergang ins atrophische Stadium richtet sich nach der Gesammtkörperentwicklung, kommt aber stets einem höheren Lebensalter zu.

Verf. bespricht schliesslich die verschiedenen therapeutischen Methoden und empfiehlt als von ihm angewendet: 1. die Entfernung des Secretes mit der englischen Spritze, 2. Insufflationen verschiedener Medicamente, welche er den Bepinselungen vorzieht. Je nach dem Stande der Krankheit wird angewendet:

argent. nit. cryst. subtiliss. pulv. 0,1—1,0.
ad talc. 5,0.
natr. benz. 1,0 : talc. 5,0.
acid. boracic. pulv.
alum. pulv.
tannin. pulv.
Jodoform. bei Sphilis;

bei stark hypertrophischer Schleimhaut wird cauterisirt.

Das grösste Gewicht ist auf gleichzeitige Allgemeinbehandlung zu legen.

Walb.

---

174. **Prof. Dr. Henoch, Aus der Kinderklinik.** (Charité-Annalen VI. Jahrgang. Berlin 1881).

I. Fall von acuter Anschwellung des Bodens der Mundhöhle p. 509.

Ein 9jähriges blasses Mädchen wegen doppelseitiger Otorrhoe in die Klinik aufgenommen, klagte am 1. Mai 1873 über Schmerzen im

Halse. Am 2. Mai zeigte sich der Boden der Mundhöhle stark angeschwollen und empfindlich, die Schleimhaut aber überall blass. Temp. 38,4. Abends 39,8. Die Geschwulst nahm in den nächsten Tagen zu, war teigig oedematös. Enormer Ptyalismus. Nach Application von 5 Blutegeln unter dem Kiefer und innerlichem Gebrauch von Chorkali (3,0 : 120,0) trat in etwa einer Woche Heilung ein. Nach Ablauf von 2, 3 Wochen trat ohne Veranlassung ein Recidiv ein, das wiederum in 6—7 Tagen heilte. Verf. nimmt einen acuten Reisszustand der Sublingualdrüsen an, für die er eine annehmbare Ursache nicht angeben kann. Spärliche Analoga in der Literatur wären etwa die von Tillaux (Centralblatt für 1874 pag. 704) beschriebene Beobachtung von ranula acuta, ferner ein von Holthouse (Hirsch und Virchow's Jahresberichte für 1871 II. pag. 505) unter dem Namen subglossitis beschriebener Fall. Therapeutisch ist die günstige Wirkung der localen Blutentziehung hervorzuheben.

II. Thrombose der Vena cava inferior.

Emil M., 7 Jahre alt, machte im August 1877 ein leichtes Scharlachfieber durch, litt seitdem häufig an Diarrhoe und magerte sehr ab. Im Februar stellte sich starkes Oedem der unteren Extremitäten, des scrotum und penis ein. Dabei starke Erweiterung der subcutanen Bauchvenen, besonders der epigastrischen. Urin vermindert, mikroskopisch normal, ohne Eiweiss. Die Untersuchung der Brust und Unterleibsorgane ergab nichts abnormes. Das Oedem an den unteren Extremitäten nahm zu, und verbreitete sich allmälig über die Haut des Abdomens und der Lumbalgegend. Die Hautvenen beider unteren Extremitäten bis zum Fussrücken hinab wie der Bauchhaut bildeten blaue dicke Stränge und nahmen täglich an Weite zu. Unter remittirendem Fieber, bei andauernden Diarrhoen trat am 2. März der Tod ein. Bei der Section fand man, wie während des Lebens diagnosticirt war, in der vena cava inferior einen Thrombus. Dieselbe war durch Thrombusmasse in einen soliden Strang verwandelt. Der Thrombus setzte sich in die venae iliacae und von hier in die peripherischen Venen fort. Tuberculöse Geschwüre im Darm. Tuberculose der Nieren, in der linken Lunge (Unterlappe) eine grosse Caverne. Starke Schwellung und Verhärtung der Bronchialdrüsen. In der Epikrise weist der Verf. darauf hin, dass die Art der Oedeme mit den erweiterten Hautvenen eine Impermeabilität der vena cava inferior annehmen liess. Bis in die letzten Tage war das Volumen der Leber normal, und so konnte man schliessen, dass die Einmündungsstelle der venae hepaticae in die untere Hohlvene noch durchgängig sein müsste. Der Mangel der Stauungserscheinungen in den Nieren bei dem ausgedehnten Thrombus lässt sich nur dadurch erklären, dass die Thrombose der Vene langsam zu Stande kam, und sich ein venöser Collateralkreislauf der erweiterten Kapselvenen mit dem System der vena azygos einstellte. Die Thrombose wurde als marantische aufgefasst, die bei der bestehenden Herzschwäche in den kleineren Venen der unteren Extremitäten begann, und sich bis in die vena cava inferior fortsetzte.

III. Parenchymatöse Nephritis mit hämorrhagischer Entzündung des Magens und Darmcanals.

Otto W., 9 Jahre alt kam mit Eczema capitis und den Erscheinungen chronischer Nephritis Anfangs Januar 1878 in die Klinik. Am 14. Januar klagte er plötzlich über heftige Magenschmerzen und völlige Anorexie. Dieselben persistirten, steigerten sich beim Aufrichten aus der Rückenlage, und am 16. Januar erfolgte nach dem Essen einmal Erbrechen. Am 18. Januar klagte der P. ausser den Magenschmerzen über eine grosse Empfindlichkeit der unteren und rechten Partie des Abdomens, ohne dass die Untersuchung hier etwas Krankhaftes nachweisen konnte. Der P. wurde von Tag zu Tag schwächer und starb am 19. Januar, ohne dass irgendwelche besondere Symptome aufgetreten wären. Bei der Autopsie (H. Orth) fand man im linken Herzohr ein älteres derbes, stellenweise entfärbtes Gerinnsel, in der linken arteria iliaca ein in Art. femoralis und hypogastrica hineinragendes Gerinnsel. Die Nieren boten das Bild einer parenchymatösen Nephritis. Hämorrhagischer Infarct in der linken Niere. Die Magenschleimhaut besonders am fundus und längs der grossen Curvatur stark geröthet und geschwellt, und von einer Lage zähen blutig gefärbten Schleims bedeckt; im ileum und colon adscendens bedeutende Hyperämie verbunden mit zahlreichen Hämorrhagien und starker Schwellung. Schwellung der Peyer'schen und Solitärfollikel, bedeutende Anschwellung der Mesenterialdrüsen. — Es entwickelten sich also bei einer chronischen Nephritis zunächst unter dem Einfluss der sinkenden Herzkraft eine Reihe embolischer Vorgänge, als deren Ausgangspunkt das im linken Herzohr befindliche alte Gerinnsel angesehen werden muss. Die entzündlich hämorrhagischen Erscheinungen auf der Magen- und einem Theil der Darmschleimhaut bringt Verf. mit der chronischen Nephritis in Zusammenhang. Der plötzliche Tod wird als ein syncopaler, durch Herzschwäche bedingter aufgefasst.

IV. Zwei Fälle von allgemeiner Miliartuberculose bei Kindern.

Fall I. Es handelte sich den Symptomen nach um einen ausgesprochenen Fall von meningitis tuberculosa bei einem $1^1/_4$ Jahre alten Knaben; auffallend war der Meteorismus, der sich namentlich zeigt, wenn die Krankheit mit einer chronischen tuberculösen Meningitis complicirt. — Auffallend war nun, dass bei der Autopsie bei sonst allgemeiner Miliartuberculose der übrigen Organe, die Pia frei von Tuberkeln gefunden wurde. Verf. schliesst daraus, dass bei kleinen Kindern alle Erscheinungen des letzten Stadiums der tuberculösen Meningitis blos durch im Gefolge allgemeiner Miliartuberculose auftretendes Oedem der Pia und durch einen serösen Erguss in die Ventrikel des Gehirns hervorgebracht werden können. Verf. nimmt an, dass der bedeutende Blutgehalt der Pia, der Gehirnsubstanz und der plexus chorioidei die Folge einer das Centralorgan befallenden starken venösen Hyperämie ist, deren Ursache in der Störung des Lungenkreislaufs (durch die zahllosen Miliartuberkel) und in dem äussersten Sinken der Herzkraft zu suchen ist. Verf. betont noch besonders die rapide präagonale Temperaturerhebung, die beweise, dass die thermische Erschei-

nung nicht speciell von der meningitis tuberculosa abhängig ist, sondern überall vorkommen kann, wo die Gehirnfunction durch lähmende Einflüsse, besonders durch eine rasch zu Stande kommende seröse Ausschwitzung in den Ventrikeln aufgehoben werden.

Fall II. Im zweiten Falle handelt es sich um eine fast allgemeine Miliartuberculose, deren Ausgangspunkt wohl in den käsig entarteten Bronchial- oder Mesenterialdrüsen zu suchen ist. Verf. resumirt aus seiner Beobachtung, dass scheinbar unmotivirte, mehrere Tage anhaltende, mit sehr hoher Temperatur einhergehende Fieberanfälle, auch wenn sie durch viele Wochen einer fast reinen Apyrexie getrennt sind, und die Lungen nur scharfes Athmen oder einen leichten Katarrh zeigen, den Verdacht einer in Schüben vor sich gehenden Miliartuberculose erregen müssen.

V. Fall von malignem Lymphosarcom.

Der 7 Jahre alte Patient bot alle Erscheinungen der Leukämie, wachsbleiche Farbe, Hyperplasie und Lymphombildung in der Milz, colossale hyperplastische Anschwellung sehr zahlreicher Lymphdrüsen, das Blut war aber weder im Leben, noch bei der Section leukämisch befunden. Es handelte sich um eine Pseudoleukämie (Hodgkin's disease), die vom Juli 1876 bis zum Tode im Februar 1878, wenn auch mit Unterbrechung, klinisch beobachtet wurde. Der Fall beweist, dass eine auch noch so ausgedehnte Exstirpation (es wurden im Ganzen über 300 Drüsen entfernt) therapeutisch ganz nutzlos ist, höchstens drohende Drucksymptome am Halse vorübergehend beseitigen kann. Die unter Fiebererscheinungen sich entwickelnde rechtsseitige Pleuritis stand offenbar mit der bei der Section constatirten reichlichen Bildung lymphomatöser Knoten auf der rechten pleura costalis in Zusammenhang. Man fand bei der Autopsie grosse Knoten auf der costalen Pleura, welche entschieden heteroplastischer Natur waren. Die Milz war nur mässig vergrössert. Die Aetiologie ist dunkel, die bezügliche Therapie (Chinin, Eisen, Jodkali, Arsenik) blieb vollkommen wirkungslos; ein Uebergang in wirkliche Leukämie, wie es zuweilen constatirt ist, fand nicht Statt. Der Grund, weshalb dies hier und in den meisten Fällen nicht geschah, bleibt ein bisher ungelöstes Räthsel.

VI. Peripharyngealabscess. Durchbruch in den äusseren Gehörgang.

Ein $1^1/_4$ jähriges Kind litt an Dysphagie, schrie beim Versuch zu schlucken, es bestand mässiges Fieber und schnarchendes Athmen im Schlaf. Dicht unter der etwas angeschwollenen linken Mandel an der Seitenwand des pharynx fand man einen rothen deutlich fluctuirenden Tumor von der Grösse einer halben Nuss. Unterhalb des proc. mastoideus konnte man eine diffuse Anschwellung wahrnehmen. Bei starkem Druck auf die Pharynxgeschwulst stürzte plötzlich ein Strom gelben, mit Blutstreifen vermischten Eiters aus dem linken Ohr heraus, worauf die Geschwulst sofort verschwunden war. Man muss annehmen, dass der an der Aussenwand des pharynx befindliche Abscess sich durch das lockere Bindegewebe des Oberhalses einen Weg bis zum meatus auditorius externus gebahnt und diesen siebförmig durchbrochen hatte.

Durch die Compression des Abscesses wurde die Ruptur plötzlich eine vollständige. Es können sich somit nicht allein periauriculäre, sondern auch peripharyngeale Abscesse in den äusseren Gehörgang entleeren.

Kohts (Strassburg).

---

175. **Dr. Diodato Borelli** (Prof. d. medic. Klinik in Neapel), **Ueber unvollkommene Entwicklung der Geschlechtsorgane.** (Verhandl. d. physikal.-medic. Gesellschaft in Würzburg. XV. Bd. 1. und 2. Heft 1881.)

Das schleichende Gift der Malaria trifft einen grossen Theil der in den infecten Gegenden lebenden Bevölkerung und bringt mit der Zeit einen organischen Verfall mit sich, dem unvermeidlich ein psychischer folgt. Dieser zeigt sich in manchen Fällen in einem Stillstand der Entwicklung, hervorgerufen durch langsame Vergiftung mit Malaria, die beständig schon von Kindheit an einwirkt. Dazu kommen als weitere ätiologische Momente die ungenügenden Nahrungsmittel und die für die Kräfte unverhältnissmässige Muskelarbeit. Es erkrankten in den miasmatischen Gegenden nicht alle Leute, welche der schädlichen Einwirkung ausgesetzt sind, auf die gleiche Weise, sondern gerade die elendesten und schlechtgenährtesten Menschen sind es, an denen der grösste Schaden sichtbar wird.

Wenn nun beide Bedingungen (Malaria und schlechte Verhältnisse) vereint von Kindheit an einwirken, so wird die Entwicklung jener Organe und Funktionen, welche die Vollständigkeit der Mannbarkeit und Kraft derselben und die daher kraftvolles Gedeihen erfordern, aufgehalten.

Als Beispiele hiefür bringt B. theils aus seiner Privatpraxis, theils aus dem Spital degli Incurabili eine Anzahl von über 30 Fällen, deren Zeugungsorgane unvollständig entwickelt waren (Mangel der Haare auf dem Schamberge und im Gesicht, kindliche Stimme und weichlicher Charakter). Zugleich niederer Grad von psychischer Entwicklung: Stumpfsinn mit vorherrschender Apathie; nur bei 4 Fällen zeigte sich gewöhnliche Intelligenz.

Der Milztumor war mit Ausnahme eines Falles von beträchtlichem Umfang.

Aus diesen Beobachtungen ergibt sich, dass hinsichtlich der Gesundheitspflege in der Kindheit wichtige Folgen entstehen, denen man mehr Sorgfalt widmen sollte, insbesondere dürften strengere und besser vollzogene Gesetze die Kinder vor harter Arbeit schützen und es müssten Erzieher und Familienväter in Ansehung der Gefahren, womit der Mensch und die Gesellschaft bedroht werden, mehr auf die Pflege ihrer Kinder bedacht sein.

Seifert (Würzburg).

---

176. **Prof. Fürbringer** (Jena), **Ueber die Bedeutung der Lallemand-Trousseau'schen Körperchen in spermahaltigen Harnen.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1881. Nr. 18.)

F. betätigt, dass die vor Decennien im Harn von L. und Tr. beschriebenen, gequollenen Grieskörnern ähnlichen Gebilde, welche seitdem nirgends erwähnt und von Curschmann angezweifelt wurden, wirklich existiren, und zwar in spermahaltigem Harne aber selten vorkommen. Es sind gallertartige, leicht gelbliche Gebilde, welche ihrer Reaction nach zu den Globulinsubstanzen gehören und genau den Gebilden gleichen, welche F. früher als Inhalt der Samenbläschen in der Leiche beschrieben. Dass dieselben so selten gefunden werden, erklärt F. durch die verdünnende lösende Eiwirkung des Hodensecretes und der Harnflüssigkeit. F. stellt folgende Sätze auf: 1. das Material der Lallemand-Trousseau'schen Körperchen ist eine Globulinsubstanz, welche die Samenbläschen secerniren; 2. überall da, wo wir die Körperchen im Harne auffinden, haben die Samenbläschen ihren Inhalt ergossen; 3. der Nachweis der Gebilde als Harnbestandtheil ist selten zu führen, weil sie bei längerem Contact mit dem Hodensecret gelöst werden und auch vom Harne selbst zerstört werden können.

R.

---

177. **J. Neumann, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Borsäure.** (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1881. Bd. 14. S. 149—152.)

Neumann stellt an Thieren Versuche mit Borsäure an. Hunde ertrugen 5—6 gr innerlich ohne Nachtheil. Die Temperatur sinkt dabei beträchtlich. 3% Lösung können in die Brust- oder Bauchhöhle injicirt werden, 5-procentige erregen Entzündung. Gaben von 10 gr und darüber tödten durch Affection des Nerven- und Muskelsystems.

Ein ähnliches Verhalten zeigten kleinere Thiere bei relativ geringeren Dosen. Pferde zeigten nach 120 gr innerlich nur Temperaturabnahme. Rotzige Pferde wurden innerlich und äusserlich mit Borsäure behandelt, Heilung wurde aber nicht erzielt. Guten Erfolg sah N. dagegen bei Affectionen der Haut, die mit Borsäure behandelt wurden. Um Milch zu conserviren genügt nach N. Zusatz von 1 Theil Borsäure auf 500—1000 Theile Milch.

Schulz.

Neue Bücher.

Aubeau, Contribution à l'étude de la laxité articulaire et particulièrement de la laxité polyarticulaire liée à une influence générale comme cause prédisposante des arthropathies. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Badolle, Des dangers de la médication thermale dans certaines affections articulaires. Lyon.

Bagot, Des complications cérébrales des affections cardiaques. Paris.

Becour, Hygiène des enfants; Des causes de la mortalité des nouveau-nés et moyens de la diminuer. Paris, Berthier.

Blanchet, Maladies de l'estomac et des intestins qui entrent pour les quatre cinquièmes dans nos affections morbides. Paris, Delahaye. 2 fr.

Brisson, De la lacryocistite chronique, de son traitement. Paris.

Ducros, Des phlegmons diffus consécutifs à l'inflammation secondaire des bourses séreuses. Paris.

Dufour, De l'action du benzoate de soude dans quelques états morbides. Lyon.

Feltz et Ritter, De l'urémie expérimentale. Paris, Berger-Levrault & Co.

Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. Aerzten und Studirenden geschildert. Mit 159 Abbildungen in Holzschnitt. (Wredens Samml. kurzer medicin. Lehrbücher Bd. I.) Braunschweig, Wreden. 8 M. 60 Pf.

Gallerand, Contribution à l'étude des lésions traumatiques du globe de l'oeil chez les travailleurs. Lyon.

Goumy, De la pleurésie sur aiguë à forme typhoïde. Paris.

Gulat, Essai sur la paralysie diphthéritique du nerf pneumogastrique. Paris, Davy.

v. Holst, Conceptionstermin und Schwangerschafts-Dauer. Dorpat. E. J. Karow's Univ.-Buchhdlg. 1 M. 60 Pf.

Lindner, Ueber die allgemeinen Grundsätze für die chirurgische Behandlung bösartiger Geschwülste. (Samml. klinischer Vorträge 196.) Leipzig, Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Löwenfeld, Experimentelle und kritische Untersuchungen zur Elektrotherapie des Gehirns, insbesondere über die Wirkungen der Galvanisation des Kopfes. München, J. A. Finsterlin. 3 M.

Robinson, Practical treatise on nasal catarrh. Illustrated. New-York. 8 M. 75 Pf.

Ross, A treatise on the diseases of the nervous system. Illust. with lithographs, photographs and 280 woodcuts. Churchill. 42 sh.

Rupprecht, Ueber angeborene spastische Gliederstarre und spastische Contrakturen. (Sammlung klin. Vorträge 197.) Leipzig, Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Smith, Dysmenorrhea: its pathology and treatment. Churchill. 4 sh. 6 d.

Stevenson, Physiology of women, embracing girlhood, maternity and mature age. Chicago. 8 M.

Tröltsch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde mit Einschluss der Anatomie des Ohres. 7. verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 24 Holzschnitten im Text. Leipzig F. C. W. Vogel. 14 M.

Wagner, Das Empyem und seine Behandlung. (Samml. klin. Vorträge 197.) Leipzig, Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Wood, Fever, study in morbid and normal physiology. Philadelphia. 12 sh. 6 d.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **4. Juni.** **Nro. 13.**

178. **Dr. E. Moritz, Kurze Uebersicht über den Flecktyphus im weibl. Obuchow-Hospital während der Saison 1879—1880.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881, Nr. 17.)

Die „Saison" beginnt mit September, dem Zeitpunkte des niedrigsten Krankenstandes. Von 531 Fällen sind in der folgenden Zusammenstellung 507 verwerthet; es kamen auf den Monat:

September	5	März	101
Oktober	8	April	79
November	17	Mai	63
Dezember	24	Juni	52
Januar	50	Juli	20
Februar	80	August	8

Unter den 531 Fällen sind 57 enhospitalen Ursprungs. Kinder werden nur ausnahmsweise in das Hospital aufgenommen. Die Alters- und Mortalitätstabelle stellt sich folgendermassen:

Unter 10 Jahren	6	Kranke	mit	0	Todten	=	Mortal.	—
10—19 „	69	„	„	2	„	=	„	2,9
20—29 „	169	„	„	11	„	=	„	6,5
30—39 „	132	„	„	13	„	=	„	10,0
40—49 „	87	„	„	20	„	=	„	23,0
50—59 „	32	„	„	12	„	=	„	37,5
60—69 „	13	„	„	9	„	=	„	69,2
Summa:	508	Kranke	mit	64	Todten	=	Mortal.	12,2.

Die Krankheiten, welche unabhängig vom durchgemachten Typhus zum Tode führten, waren:

2 Mal Nephritis parench.
2 „ febris recurrens.
1 „ cancer vaginae.
1 „ Pyämie nach Nervendehnung wegen Ischias.

Der Tod trat ein ohne alle Complikation einfach durch den Typhusprozess 49 Mal und zwar:

am	7. Tage	1	Mal	am	14. Tage	6	Mal
„	8. „	1	„	„	15. „	6	„
„	9. „	3	„	„	16. „	2	„
„	10. „	1	„	„	17. „	1	„
„	11. „	7	„	„	18. „	2	„
„	12. „	7	„	„	19. „	1	„
„	13. „	2	„	„	20. „	2	„

Summa: 42.

In 7 Fällen trat der Tod ein etwa in der zweiten Woche, ohne dass der Krankheitstag zu bestimmen war.

Complikationen mit Erkrankungen der Speicheldrüsen kamen im Ganzen 23 Mal vor; darunter

einseitige Parotitis 13 mit 4 Todten
doppelseitige „ 4 „ 3 „
einseitige submaxillare Adenitis 5 mit 3 Todten
doppelseitige „ „ 1 „ 1 „

4 Mal trat der Tod ein durch Dekubitus.
1 „ „ „ „ „ „ Dekubitus und Pneumonie.
2 „ „ „ „ „ „ Pneumonie und Lungengangrän.
1 „ „ „ „ „ „ Erysipel.
1 „ „ „ „ „ „ chronischen Darmkatarrh.

Die mittlere Fieberdauer betrug 13 Tage.

E. Bardenhewer.

---

179. **Dr. Stepanoff, Beiträge zur Behandlung der febris intermittens mit Jod.** (Wratschebnoja Wedomosti, 1880. Nr. 395 u. 397.)

In frischen und leichten Fällen der febris intermittens (die Temperatur nicht 39°,0 übersteigend) hat Verfasser Jodtinktur (10 bis 15 Tropfen pro dosi dreimal täglich) in Jodkalilösung mit gutem Erfolge gebraucht.

Krusenstern (Petersburg).

---

180. **Dr. Kramnik, Behandlung der febris intermittens mit Jodtinktur.** (Medicinskoje Obosrenije 1880. August.)

Verfasser wandte auf Dr. Stepanoffs Vorschlag in 28 Fällen der febris intermittens die Jodtinktur allein und Jodtinktur bei gleich-

zeitiger Chininbehandlung an; er ist zu folgenden Schlüssen gekommen: Jodtinktur allein ist von keinem Einflusse auf febris intermittens. Bei gleichzeitigem Gebrauch beider Mittel bedarf man einer geringeren Quantität von Chinin; die Krankheit wurde bei solcher Behandlung mit 15—20 gr Chinin in toto (statt 30—40 gr), coupirt, dabei muss man aber grössere Chiningaben (8 gr pro die) verordnen. Bei dieser gemischten im Vergleich mit der ungemischten Chininbehandlung war der Krankheitsverlauf um ein bis zwei Tage verkürzt, die Anämie und Schwäche des Patienten war aber immer stärker ausgeprägt. Erbrechen ist bei kleinen Dosen der Jodtinktur nie aufgetreten; bei grossen Dosen wurde Erbrechen durch Zusatz von Opiumtinktur verhütet. Kramnik setzte die Chinin-Jodbehandlung auch während der Apyrexie binnen einer Woche nach dem Anfalle fort.

Die Dosen waren folgende:

1. Dreimal täglich fünf bis auf zwölf Tropfen Jodtinktur (allmählige Steigerung der Dosen).
2. Dieselben Joddosen, eine Stunde nach der Einnahme aber dazu 3 gr Chinin; täglich also 9 gr Chinin.
3. Dieselben Joddosen und 8 gr Chinin zweimal täglich.
4. 8 gr Chinin zweimal täglich, ohne Jodtinktur.

Krusenstern (Petersburg).

---

181. **Dr. Haberkorn, Ueber moldausche febris intermittens und deren Behandlung mit ol. sinapis.** (Protocoli kawkaskago obschtestwa wratschej.) [Prot. der kaukasischen medicin. Gesellschaft. 1879.]

Verf. schlägt vor, seine erfolgreichen Resultate bei Behandlung mit ol. sinapis der perniciösen Formen der febris intermittens zu controliren. Haberkorn braucht 2—3 Tropfen ol. sinapis pro die in grossen Portionen abgekochten Wassers oder 2—4 Tropfen einer 10% Tinktur pro die. Die Wirksamkeit dieses Mittels will Haberkorn auf dessen antiseptische Eigenschaft zurückführen; schon sehr schwache Lösung des Senföls ($^1/_{900}$) tödtet die Bacterien. Einwohner einiger Malariagegenden (Rumänien), welche grosse Quantitäten der ätherhaltenden Gemüsearten zur Nahrung gebrauchen, sollen gegen die Erkrankung an Malaria geschützt sein.

Krusenstern (Petersburg).

---

182. **Prof. Lewin, Kritische Beiträge zur Therapie und Pathologie der Larynxsyphilis.** (Charité-Annalen. VI. Jahrg. S. 537—616.)

Auf Grund eines sehr reichen Beobachtungs-Materials von 26000 constitutionell Syphilitischen sowie einer grossen Anzahl von Kehlkopf-

kranken, die Verf. in Berlin beobachtete, sowie unter gründlicher Verwerthung einer sehr umfangreichen einschläglichen Literatur, hat Prof. Lewin einzelne syphilitische Larynx-Prozesse einer sehr eingehenden Betrachtung unterworfen.

I. Statistik.

Als Mittelwerth ergiebt sich in den Hospitälern für Syphilis 2,9—4,3 %, in den Hospitälern für Hals- und Brustkranke 2,7—3,08 % Erkrankungen an Larynx-Syphilis.

Demnach zeigt sich, dass die Behauptung mancher Autoren, dass die Syphilis relativ häufig den Larynx befalle, falsch ist.

Erythema.

Mit diesem Namen benannte Lewin den gewöhnlich als Larynx-Catarrh bezeichneten Zustand, und zwar aus folgenden Gründen: Ein Catarrh d. h. eine Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut mit vermehrter Absonderung von Drüsen-Secret wird von der Syphilis auf keiner Schleimhaut erzeugt; besteht ein solcher, so ist es eine etwa durch Erkältung erzeugte Complication. Ausserdem kann an denjenigen Stellen, die man vorzüglich als catarrhalisch afficirt hinstellt, z. B. den Stimmbändern von Catarrh keine Rede sein, da diese überhaupt keine Drüsengewebe besitzen. Vielmehr besteht diese syphilitische Affection allein in Hyperämie der Schleimhaut mit mehr weniger Schwellung des submucösen Gewebes, und ist also ein Erythem. Nur Mackenzie allein von den Autoren vermeidet die Bezeichnung Catarrh durch das Wort „Congestion". Dieses Erythem fand sich immer mit andern syphilitischen Symptomen complicirt und in 80 % der gesammten leichten Fälle von Larynx-Syphilis. Es tritt auf mit den frühzeitigen Erscheinungen der S. (Adenitis inguinalis und cervicalis), in der 6.—10. Woche nach der Infection, in den späteren Stadien ist es seltener und dann meist accidentell und ohne specifische Therapie zurückgehend.

Unter Hinweis auf den Character der Syphilis, welche in ihrem Anfangs-Stadium zwar mit irritativen Erscheinungen (Hyperämie), später jedoch nicht unter dem Bilde der Entzündung, vielmehr durch Einwanderung eines specifischen zu Hyperplasie des befallenen Gewebes führenden Zellenmaterials, unter atonischen Erscheinungen verläuft, zeigt der Verf., dass auch dieses Erythem sich wohl von der Röthe des gewöhnlichen Larynx-Catarrh's unterscheide. Das Farben-Colorit ist ein eigenthümliches; durch Einfuhr des specifischen Zellenmaterials entsteht eine venöse Stauung und die Schleimhaut-Stelle wird braunroth, schinkenfarbig, fernerhin ist die Röthung eine diffuse, eine kleinfleckige Roseola ähnliche Röthung wurde nie beobachtet. Nur die Stelle des proc. vocalis erscheint, weil durch seine Prominenz die Capillaren complicirt sind, etwas heller.

Im weiteren Verlaufe schwillt die Schleimhaut an und es kommt in Folge von Wucherung des hellen Infiltrats zu „sehr flachen, schwach über das Niveau der Umgebung hervortretenden Erhabenheiten". Secundär wuchern auch die Epithelzellen, zerfallen jedoch später in Folge

der Papillar-Hypertrophien und der consecutiven mangelhaften Ernährung fettig. Die Schleimhaut erhält dadurch ein mattweisses, wie mit Höllenstein schwach cauterisirtes Aussehen. Später werden die fettig zerfallenen Epithelien fortgeschwemmt und die Schleimhaut sieht wie erodirt aus. So erscheinen sie an ihrem Praedilections-Sitz, der Mitte der Stimmbänder, hart an den freien Rändern, „als runde, grauweisse, aus verdicktem Epithel bestehende Flecke, die sich gegen ihre Umgebung scharf abheben".

Die seit dem Vorgange von Gerhardt und Roth als „breiter Wulst mit Excrescenzen", flache, weissliche Zacken, „stecknadelkopfgrosse, zugespitzte Höcker", „flache, röthliche Vorsprünge" von vielen Autoren als Larynx-Condylome beschriebene Befunde, sind nach Lewin als syphilitischen Ursprungs nicht anzusprechen, da diese als papillöse Wucherungen beschriebenen Formen an Stellen vorgefunden wurden, wo überhaupt keine Papillen sind, ferner weil Quecksilber auf ihre Rückbildung unwirksam blieb, und weil ihr Vorkommen nach der Statistik ein zu unverhältnissmässig hohes ist.

Wahrscheinlich handelte es sich um Polypen.

Ulcera.

Die meisten Autoren, ausgenommen Schnitzler und Sommerbrodt, lassen die Geschwüre des Larynx allein aus breiten Condylomen und den gummösen Prozessen hervorgehen, und übersehen vollständig diejenigen Geschwüre, welche sich aus dem Zerfall eines parenchymatösen Infiltrates entwickeln. Letztere unterscheiden sich ganz scharf von den aus zerfallenen gummata hervorgegangenen und entwickeln sich wie die entsprechenden Haut-Syphiliden, indem das Zelleninfiltrat zerfällt, allerdings ohne dass eine Pustelbildung vorauf geht, nie auf der Haut. Im Gegensatz zu den gummösen tiefgreifenden Geschwüren sind diese oberflächlich, die Ränder flach, wenig geschwollen, mit rothem Hof umgeben, ihr Secret ist rahmartig und trocknet bisweilen ein. Der Charakter der einzelnen Geschwüre wird durch die anatomischen und physiologischen Eigenthümlichkeiten der Gebilde des Larynx modificirt. (Näheres im Original S. 558—540.)

Es folgt nun eine genaue Schilderung der Symptome und der Differential-Diagnose zwischen dem Knötchen-Syphilid, der diffusen gummösen Infiltration und den gummata. Diese 3 Zustände will Lewin wegen ihrer klinischen Verschiedenheiten genau aus einander gehalten wissen, wirkliche gummata seien ausserordentlich selten. Hinsichtlich der Beschreibung der Peribronchitis, des Oedema laryngis, der Narben, der statistischen Uebersicht über 302 Fälle von Larynx-Syphilis, die Prognose, die Tracheotomie und Zufälle bei derselben sowie die Recidive von Trachealstenosen verweisen wir auf das Original.

In Bezug auf die Therapie räth Lewin bei allen syphilitischen Larynx-Erkrankungen wegen der bestehenden Gefahr der Larynxstenose zu einer energischen Sublimat-Injections-Kur; diese hat sogar bei Fällen von acuter Stenose mit grosser Athemnoth bisweilen überraschenden Erfolg (6 Krankengeschichten) gehabt, wenn nämlich die Kur forcirt wurde in dem Grade, dass pro dosi 0,02—0,025 und pro die bis

0,05 eingespritzt wurden. Sobald die drohenden Erscheinungen vorüber sind, was zumeist nach Gebrauch von 0,3—0,4 Sublimat erreicht ist, fällt die tägliche Dosis auf 0,01, um Sublimat-Intoxication (gastrische und nervöse Erscheinungen) zu vermeiden.

Bartold.

---

183. **Prof. J. Caspary, Zur Genese der hereditären Syphilis.** (Vierteljahrschr. f. Dermatol. und Syph. 1881. 1. Heft S. 35.)

In einem Vortrage in dem Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg tritt der Verfasser gegen Kattowitz's Behauptung auf, dass durch krankes sperma oder krankes ovulum die Infection bei hereditärer Syphilis zu Stande komme, und dass das Blut der Mutter ohne Einfluss auf specifische Infection sei, sowie andererseits ein vom Vater her inficirter Foetus die Mutter nicht inficiren könnte. Durch Aufzählen der vorhandenen klinischen Beobachtungen gibt er den Beweis, dass wenn auch sperma und ovulum als die gewöhnlichen Ueberträger der Infection anzusehen seien, eine Infection durch das mütterliche Blut nicht mehr ausgeschlossen werden kann.

Doutrelepont.

---

184. **Dr. F. Mraček** (Wien), **Ueber die syphilitische Initialerkrankung der Vaginalportion.** (Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1881. 1. S. 47.)

Unter 437 Fällen von Syphilis, welche M. in der Klinik von Sigmund während 27 Monaten beobachtet hat, zeigten 375 (ca. 86 %) krankhafte Veränderungen der Vaginalportion und zwar war letztere 21 mal der Sitz der primär syphilitischen Erkrankung, 96 mal der Sitz von secundären Symptomen, 99 mal in Folge von Gravidität, Geburt und Wochenbett verändert, und 159 anderweitig erkrankt. M. hat im Ganzen 24 Fälle von primärer syphilitischer Erkrankung der Vaginalportion beobachtet (7 Fälle waren nur mit lokalen Formen behaftet, die 17 anderen zeigten neben dem Primäraffect der port. vaginalis schon secundären Erscheinungen) und theilt die Krankengeschichten mit. Die meisten Ulcera sassen am Orificium uteri auf der Vorderlippe; in 15 Fällen war eine deutliche Induration nachzuweisen. Die wohlentwickelten Sclerosen sind von einem grossen, rothen Hofe umgeben, deutlich indurirt und diphtheritisch belegt. Die übrige Schleimhaut der Vaginalportion ist stärker geröthet, hie und da excoriirt und secernirt einen schleimigen Eiter. Der Verlauf ist äusserst langwierig, sodass die Sclerosen noch oft bestehen, wenn die anderen syphilitischen Symptome geschwunden sind. Die mittlere Behandlungsdauer betrug ca. 80 Tage, die kürzeste 37, die längste 156 Tage. Bei der Behandlung ist ein Hauptaugenmerk auf die lokale Erkrankung zu richten. Es wurden mehrmal täglich Irrigation der Scheide mit 1 %iger Chlor-

kalilösung und $^1/_2$—1%iger Carbollösung gemacht und örtlich mit Tampon's und Bruns'scher Watte, welche in Jodkalijod-, Eisenchlorid-, Jodoformlösung getränkt wurden, verbunden. Zur Allgemeinbehandlung wurde Jodkali; Einreibungen von Ung. ciner., oder Sublimatinjectionen angewendet; die Anwendung von Jodkali musste häufiger aufgegeben werden, weil sie keinen Nutzen brachte.

Doutrelepont.

---

185. **E. Tartarin, Empoisonnement par les feuilles de colchique d'automne.** Vergiftung durch die Blätter von colchicum auctumnale. (Gazette des hôpitaux, 1881. Nr. 54.)

Am Abend des 5. Mai 1879 wurden von dem Mädchen B. irrthümlich Blätter von colchicum auctumnale als Salat zubereitet und von denselben mindestens 60 gr genossen; zugleich assen davon die H., 15 Jahre alt, und das Dienstmädchen C., 16 Jahre alt. Nach einer halben Stunde traten bei der B. brennender Schmerz im Epigastrium und heftiges Erbrechen ein; andauernde schmerzhafte Nausea mit zelligem und schleimigem Auswurf; um 1 Uhr Nachts brennender Durst, kleiner Puls, kühle Extremitäten, allgemeines Kältegefühl, Abdomen eingezogen und hart. Therapie: Kaltwasser mit Aether und Opium, narkotische Einreibungen des Leibes, warme Umschläge auf die Extremitäten, Lavements, Milch mit Natr. bicarbon. In der folgenden Nacht geringe Besserung. Am 7. Mai Würgen, Durst, Koliken, Schlaflosigkeit; Temperatur erniedrigt. Am 8. stärkere Abkühlung, heftige Koliken, Puls fadenförmig, Zunge trocken, rissig. Am 9. erweiterte Pupillen, Cyanose, unwillkürliche, reisartige Entleerungen, Meteorismus, starke Cyanose der Extremitäten, grosse Unruhe, tetanische Krämpfe in Armen und Beinen, Herztöne verlangsamt, Puls unfühlbar, Tod um Mittag.

H. hatte weniger, C. nur sehr wenig genossen; bei denselben traten die Vergiftungserscheinungen in entsprechend geringerem Grade ein; die C. war bald (am 7.) genesen; die H. blieb bis zum 12. sehr schwach, mit kleinem Puls, über Schwindel und Schwanken klagend; noch mehrere Wochen hindurch Gastralgien.

Die bei H. und C. eingetretenen Symptome sind auf eine heftige Gastro-Duodenitis zurückzuführen; bei B. handelt es sich ausserdem um allgemeine, toxische Erscheinungen.

E. Bardenhewer.

---

186. **Prof. Dr. H. Nothnagel, Experimentelles über die Beeinflussung der Reflexe durch Gehirnverletzungen.** (Zeitschrift f. klin. Med. 1881. III p. 138.)

Die Beobachtungen von Veränderung der Reflexthätigkeit bei groben anatomischen Erkrankungen des Gehirns, wie sie am Krankenbett

gemacht werden, drängten zu einer experimentellen Prüfung der Frage, ob etwa durch die Verletzungen des Gehirns als solcher eine Aenderung im Verhalten der Reflexe eintritt, ob etwa im Gehirn der Warmblüter Hemmungsmechanismen für Reflexvorgänge bestehen, nach Art der von Setschenow für das Froschhirn behaupteten.

Zu den Versuchen wurden Kaninchen und Tauben benutzt; letztere besonders desshalb, weil bei Vögeln verschiedene Hautreflexe leicht hervorzurufen sind.

Bei den Experimenten an Kaninchen wurden zur Hervorrufung der Reflexe verschiedene Methoden angewendet: Electrische Hautreize mittelst des Du Bois'schen Schlittens mit einem Grennet'schen Element durch zwei feine, dicht neben einanderliegenden Platinelectroden, welche zwischen zwei Zehen des Hinterfusses auf die gut geschorene und angefeuchtete Haut aufgesetzt wurden bei einem ohne Narcose auf dem Rücken befestigten Thier. Je nach der Stromstärke wurden die Bewegungsgrade als „eben wahrnehmbare, schwache und starke Zuckungen“ beobachtet. Die Hirnverletzung wurde herbeigeführt dadurch, dass durch ein mittelst eines kurzen Pfriemens in den Schädel gebohrtes Löchelchen eine Karlsbader Nadel eingeführt und hier ruhig gehalten oder hin und her bewegt wurde, um eine ausgedehntere Zerstörung der Hirnsubstanz zu erzielen, wie sie am meisten der durch Blutergüsse erzeugten Zertrümmerung beim Menschen entspricht; — andere Male wurde durch zwei längere Löchelchen mittelst zwei feiner, bis an die Spitzen mit Lack überzogener Nadeln ein beliebig regulirbarer Inductionsstrom durch die Hirnmasse geschickt und während bzw. nach dessen Einwirkung das Verhalten der Reflexe geprüft.

In einer anderen Reihe von Experimenten wurden die Reflexe dadurch erzeugt, dass man einem aufgebundenen Kaninchen in bestimmter Weise rasch gegen die Nasenlöcher blies, wobei die Extremitäten zuckten und zwar sind diese Zuckungen an den hintern Extremitäten deutlicher zu beobachten als an den vorderen; — oder dadurch, dass man durch Anblasen der einen Inguinalbeuge eine Reflexzuckung des betreffenden oder bei stärkerem Anblasen beider Beine auslöste. Die Stärke des Reizes lässt sich bei dieser Methode nur als schwaches, mittelstarkes oder starkes Anblasen ausdrücken. Trotz der Mangelhaftigkeit dieser Methode wählte sie N., weil man es dabei mit einem unbezweifelbaren, schönen Reflexvorgange zu thun hat.

Bei den Experimenten mit Tauben wurde der Umstand benutzt, dass wenn man bei einer gesunden Taube, sie an den Flügeln haltend und auf den Rücken legend, leicht die Brustgegend anbläst, beide Beine sofort gegen die Brust etwas erhoben werden. „Blaseffect von der Brust aus.“ Zur Beobachtung wurde noch ein weiterer Bewegungsvorgang benutzt.

Wenn man bei einer frei in die Luft gehaltenen Taube die Plantarfläche einer Zehe oder der Fusswurzel mit einem Gegenstande leise streift oder berührt, ohne einen Druck auszuüben, so erfolgt, wenn nicht eine zu dicke Schmutzkruste an den Füssen sitzt oder dieselben sonst verunstaltet sind, eine regelmässige Bewegung — alle Zehen, nicht nur die direkt berührte, beugen sich, wie wenn sie einen Gegenstand umklammern wollten. — „Zehenreflex“.

Die Gehirnverletzung wurde erzielt z. Th. in derselben Weise wie bei Kaninchen, durch Einstechen und Umdrehen einer durch eine kleine Oeffnung eingeführten Nadel, z. Th. durch Cauterisation mittelst glühender Nadeln. Das Resultat der Untersuchungen war mit Ausnahme einer einzigen Versuchsanordnung (g. bei Kaninchen) negativ. Bei Kaninchen und Tauben konnte keine Unterdrückung oder wesentliche Veränderung der Reflexe festgestellt werden durch die oben erwähnte Verletzung der Gehirnsubstanz; und zwar weder während dieser Eingriffe, noch unmittelbar darnach, noch einige Zeit hinterher. — Einige ausnahmsweise auftretende, ganz geringfügige Abweichungen müssen in das Gebiet der Beobachtungsfehler verwiesen werden.

Von der Verletzung wurden, wie die Sectionen ergaben, die verschiedensten Stellen der Grosshirnhemisphären bis zu den Vierhügeln (mit Einschluss dieser) betroffen. Cerebellum, Pons und Medulla oblongata blieben von der Prüfung ausgeschlossen.

Diese Versuchsresultate stimmen nicht mit den von Simonoff bei Hundeversuchen gewonnenen überein, bei denen die mechanische und electrische Reizung der vordern Lobi der Hemisphären gewöhnlich auch eine bedeutende Hemmung des Reflexvermögens hervorrief. Auch Goltz beobachtete bei Hunden, denen er bedeutendere Partien der Hirnoberfläche entfernt hatte, in der ersten Zeit nach dem Eingriffe eine Hemmung der Reflexe, worauf dann später eine Entfesselung derselben folgte. Eine befriedigende Erklärung für diese Verschiedenheit der Resultate ist z. Z. nicht möglich, sie müsste nur in der verschiedenen Wahl der Versuchsthiere zu suchen sein.

In einer Versuchsanordnung konnte von N. eine ausgeprägte und unbezweifelbare, freilich nur ganz kurz währende Hemmung der Reflexe festgestellt werden, wenn durch Injection einer Paraffinmischung in das Gehirn eine erhebliche allgemeine intercranielle Drucksteigerung mit Bewusstseinsverlust etc. herbeigeführt war. — Das Verhalten dieser Versuchsergebnisse zu den pathologischen Veränderungen am Krankenbett, ebenso die Besprechung dieser Veränderungen selbst behält Verf. sich vor.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

187. **Alfred Scheffer, Ueber einen Fall von Milz- und Magenkrebs im Kindesalter.** Aus der Kinderklinik in Strassburg i. E. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Leipzig 1880, p. 423.)

Ein 14jähriger Knabe erkrankte mit Schmerzen in der linken Seite, die fast beständig vorhanden waren, nur selten aussetzten und einen bohrenden, lancinirenden Charakter hatten; Nachts waren dieselben am heftigsten, so dass Patient nicht schlafen konnte. Gleichzeitig stellte sich Appetitlosigkeit ein. Als Patient äusserst elend und heruntergekommen 2 Monate später in die Kinderklinik zu Strassburg aufgenommen wurde, ergab die Untersuchung einen Tumor im Abdomen, welcher vom linken Hypochondrium ausgehend den Rippenbogen überschritt und bis fast zur Medianlinie gegen den Nabel reichte. Derselbe

war von glatter Oberfläche, war spontan und bei Druck schmerzhaft, bei tiefer Palpation schrie Patient laut auf. In den untern Partien der linken Thoraxhälfte war geringes pleuritisches Exsudat zu constatiren. Die Untersuchung des Blutes ergab eine nicht unbeträchtliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Es stellte sich schneller Verfall der Kräfte, hochgradige Abmagerung und ausgesprochene Kachexie ein. Das Fieber war ein unregelmässig remittirendes, und bestand während der ganzen circa $3^1/_2$ monatlichen Krankheitsdauer; Pulsfrequenz betrug 124—128. Gegen das Ende des Lebens traten dyspnoetische Erscheinungen auf, die sich weiter zu orthopnoetischen Anfällen steigerten. Erbrechen der genossenen Speisen trat während der ganzen Dauer nur 3 Mal auf, und zwar ohne blutige und gallige Beimengungen, das erste Mal 17 Tage vor dem Tode; 3 Stunden vor dem Tode kam es dann zu Blutbrechen, welches schnell zum letalen Ausgang führte. — Da der Symptomencomplex von Seiten der Milz das ganze Krankheitsbild beherrschte, so wurde die Diagnose auf malignen Tumor der Milz gestellt; die Section ergab einen ulcerirten Encephaloidkrebs des Fundus ventriculi, der in die Milz perforiert war und sie fast vollständig zerstörte; es fand sich ein krebsiges, beinahe vollkommen rundes Geschwür, welches in einer Ausdehnung von circa 4,5 cm im Durchmesser den grössten Theil des Fundus einnahm und in Communikation stand mit einer Höhle, die circa 9 cm lang und 5 cm breit war und der Lage nach der Milz entsprach. Für letztere sprach ausserdem noch der Befund normalen Milzgewebes am obern und untern Theil der Höhle. Das schnelle Wachsthum des Krebses, welches ausser der microscopischen und macroscopischen Beschaffenheit des Tumors für Encephaloidkrebs spricht, liess sich kennzeichnen durch die Verwachsungen, die ausser der Milz mit der grossen und theilweise der kleinen Curvatur des Magens bestanden. So finden wir die kleine Curvatur mit dem Zwerchfell, die grosse Curvatur mit dem obern Theil der linken Niere, das colon transversum, den Pankreas durch meist grosse Tumormassen verwachsen. Ferner fand man eine krebsige Infiltration der Magenwandungen in der kleinen Curvatur und beträchtliche Tumormassen um den Cardialtheil des Magens. Verfasser glaubt, dass die Ursache für das seltene Auftreten des Milzkrebs bei Magenkrebs darin zu finden ist, dass der Milzkrebs nur durch directe Ueberwucherung entsteht und dass die letztere vom Sitz des Krebses im Fundustheil des Magens abhängt. Die Verbreitung der Metastasen in der Milz von einem Magenkrebs findet nur auf zwei Wegen statt, 1) durch die Lymphgefässe, 2) durch directe Ueberwucherung.

Verfasser sieht sich zu folgenden Schlussfolgerungen berechtigt:

1) Der Magenkrebs wird in jedem Lebensalter beobachtet.

2) Der hier mitgetheilte Fall ist der erste im kindlichen Alter in der Literatur bekannte, in welchem es beim Magenkrebs zur Entwickelung von Krebs der Milz kam.

3) Die Symptome von Seiten des Magens können bei dieser Combination so in den Hintergrund treten, dass während des Lebens eine sichere Diagnose auf Magencarcinom nicht gestellt werden kann und der Symptomencomplex von Seiten der Milz das ganze Krankheitsbild beherrscht. Kohts (Strassburg).

188. **E. Wagner, Beiträge zur Kenntniss der Amyloidniere.** (Deutsch. Arch. f. kl. M. XXVIII. S. 416.)

An der Hand einer etwa 20jährigen pathologisch-anatomischen und einer fast 4 jährigen klinischen Thätigkeit legt W. seine Erfahrungen über die Aetiologie und Symptomatologie der Amyloidniere nieder. Der erste Abschnitt seiner Arbeit: Zur Aetiologie der Amyloidniere ist eine statistische Zusammenstellung sämmtlicher zur Beobachtung gekommener und obducirter Fälle, welche in folgende Gruppen eingereiht werden:

1. Amyloidniere bei Phthisis (136 Fälle) und zwar bei chronischer Lungenphthisis (133 Fälle) in ihren wechselnden Formen und Folgezuständen, mit oder ohne gleichzeitige tuberculose Affection anderer Osgane, des Darmes, der Drüsen, Knochen; bei Darmtuberculose ohne Veränderungen der Lungen (in 2 Fällen) und in einem Falle bei bedeutender Lungen- und Larynxtuberculose, bei nur ganz geringer Lungenaffection.

2. Amyloidniere bei chronischen Knochen-Krankheiten wurde 56 mal beobachtet; über die Art des Processes, und die Lokalität desselben finden sich genaue Zahlenangaben.

3. Die Amyloidniere bei Syphilis (36 Fälle). Es fanden sich 18 mal gleichzeitig geschwürige Knochen- und Hautleiden; 9 mal geschwürige Haut- und Schleimhautleiden allein; 9 mal ausser Syphilis noch anderweitige für Amyloid ätiologisch wichtige Momente.

4. Amyloidniere aus selteneren Ursachen (37 Fälle). Hierher rechnet W.

a. Sackige Bronchiectasien.

b. Chronische Eiterungen und Verschwärungen der Haut; in einem Falle war eine schwere Variola als Ursache der Amyloidniere anzusehen.

c. Chronische Schleimhauteiterungen (Urethralfistel, chronische Darmgeschwüre).

d. Chronisches Empyem.

e. Chronische Pyelitis und Pyelocystitis.

f. Chronische Parametritis mit Harnblasenfistel.

g. Primärer Psoasabscess.

h. Ulcerirendes Carcinom (1 mal Peniscarcinom, 2 mal Uterovaginal-Krebs).

i. Sarcom (ulcerirendes Sarcom des Gesichts, ulcerirtes Sarc. des Fingers und Mitelhand-Knochen).

Ein Fall von langjährig exulcerirendem Lupus wird durch eine später entstandene Lungen- und Darmtuberculose als ätiologisches Moment zweifelhaft. Bei den meisten der bisher besprochenen Gruppen sind jeweils kurz gefasste Krankheits- und Sectionsberichte beigefügt. Besondere statistische Berücksichtigung finden bei der Zusammenstellung jeweils noch, das Alter, Geschecht der Patienten; gleichzeitiges Vorhandensein oder Fehlen von Speckmilz und Speckleber, Auftreten von Hydrops, Oedem, und die letzte Todesursache.

5. In diese letzte Gruppe reiht W. die Fälle von Amyloidniere aus unbekannten Ursachen. Es sind dies 7 Fälle, deren Krank-

heitsbild und Obductionsbefund in kurzen Zügen mitgetheilt wird. In 2 Fällen waren vielleicht frühere Eiterungen, in einem 3. vermuthlich Malaria das ätiologische Moment; in einem andern bestand ein chronisches Herzleiden, in einem weiteren Lungenemphysem mit chronischer Bronchitis; in den beiden letztern war selbst keine muthmassliche Ursache aufzufinden gewesen.

Im 2. Abschnitt: Zur Symptomatologie der Amyloidniere bespricht Wagner zunächst den anatomischen Befund, und stellt folgende gleichzeitig klinisch wichtige Arten der Amyloidniere auf:

1) geringe Amyloidentartung der Rinde oder des Marks oder beider ohne wesentliche Veränderungen des Epithels und des Stromas;

2) die Speckentartung mit verschieden starker Verfettung des Epithels ohne Veränderung des Stromas;

3) dieselbe Speckentartung mit frischen interstitiellen Veränderungen;

4) die Amyloidschrumpfniere. Bezüglich dieser letztern Form theilt W. die Ansicht derer, welche das Amyloid in der schon ausgebildeten Schrumpfniere entstehen lassen.

Die Beschaffenheit des Harns wird betrachtet in Bezug auf die Menge, welche in den meisten Fällen, und zwar ohne auffallenden Unterschied der einzelnen anatomischen Formen, vermindert, nur in wenigen vermehrt gefunden wurde; auch zeigte sich in den einzelnen Fällen keine Constanz, eher ein öfterer Wechsel zu verschiedenen Zeiten und Perioden der Krankheit, gewöhnlich ohne nachweisbare Ursache. Gleiche Schwankungen zeigte das spec. Gewicht, sowie der Eiweissgehalt des Harns, welcher übrigens in der Mehrzahl mittelgross oder sehr gross und nur in wenigen Fällen von granulirter Speckniere sehr gering war. Der meist klare Harn zeigte eine dunkle oder dunkelröthliche Färbung. Ungleich und inconstant erwies sich ferner das Harnsediment, in Reichlichkeit, Beschaffenheit und Form; die Harncylinder meist hyalin, ohne für Amyloid charakteristische Eigenschaften darzubieten; nur 2 mal trat Amyloidreaction ein, mit Leonhardi'scher Tinte; weisse Blutkörperchen wurden häufiger wie rothe, theils isolirt, theils Cylindern anhaftend gefunden. Wassersucht wurde verhältnissmässig seltener beobachtet als von anderer Seite angegeben, doch war dieselbe fast immer von hartnäckigem Charakter. Von urämischen Erscheinungen kamen epileptiforme Anfälle, Coma, lang dauerndes Erbrechen, und einmal kataleptiforme Zustände zur Wahrnehmung.

Von Veränderungen des Herzens wurden notirt Hypertrophie des L. Ventrikels 10 mal bei der atrophischen Form, auffallend selten bei Lungenphthisis excentrische Hypertrophie des R. Herzens, dagegen häufiger einfache braune Atrophie. Die Zeitdauer der Krankheit erwies sich als eine schwankende und vorzugsweise von der Grundkrankheit abhängige. Der tödliche Ausgang war meist durch intercurrente oder von der Grundkrankheit abhängige Affectionen veranlasst; bemerkenswerth war in einem Falle eine sich über 5 Wochen hinziehende Agone.

Bei der oft recht schwierigen Diagnose und nur selten möglichen Differentialdiagnose der einzelnen Formen der Speckniere empfiehlt W. einer besonderen Berücksichtigung, die ätiologischen Momente, die

schärfere pathologisch-anatomische Untersuchung, die genauere Beobachtung der Harnveränderungen und sorgsame Erwägung der allgemeinen Constitutionsverhältnisse.

Hindenlang (Freiburg).

---

189. **A. Högges, Die Wirkung einiger Alkaloide auf die Körpertemperatur.** (Archiv f. exp. Path. und Pharm. 1881. Bd. 14. S. 113—138.)

H. stellte sich die Aufgabe, den Einfluss zu bestimmen, den einige wichtigere Alkaloide auf das Verhalten der Körpertemperatur bei gesunden Thieren ausüben. Die Messungen wurden an Kaninchen gemacht, das Thermometer bis zu einer bestimmten Marke in den Mastdarm eingeführt. Vor den eigentlichen Versuchen bestimmte Högges die Temperaturschwankungen, die durch Fixiren der Thiere an sich bedingt werden, die so erhaltenen Zahlen für die minutenweise Abkühlung wurden bei den Versuchen mit den Alkaloiden mit in Rücksicht gezogen.

Strychnin. Nach subcutaner Injection des Giftes beginnt ein paar Minuten später die Temperatur zu steigen bis zu einem bestimmten Punkte, um den sie eine Zeit lang oscillirt, mit dem Nahen des Todes tritt Temperaturabfall ein. H. beobachtete bei seinen Versuchen Steigerungen von 0,2—0,5° C.

Nicotin. Nicotin verzögert die natürliche Abkühlung und hebt dadurch die Mastdarmtemperatur. Für drei Versuche betrug die Temperaturerhöhung 1,2°—0,57° und 0,4° C. Mit dem Nachlassen der Vergiftungssymptome sinkt die Temperatur wieder, unter Umständen hält die Erhöhung bis zum Tode an.

Picrotoxin. Mit dem Eintritt der Vergiftungssymptome steigt die Mastdarmtemperatur. H. beobachtete eine Erhöhung von 0,4° in zwei Fällen. Bei dem ersten sank die Temperatur nach dem Tode ohne Unterbrechung, bei dem zweiten wurde eine, 5 Minuten lang dauernde Steigerung von 0,05° beobachtet.

Muscarin. Die Temperaturcurve weicht nach Vergiftung mit dem Alkaloid des Fliegenpilzes kaum von der normalen ab. Es scheint demgemäss das Muscarin auf die Mastdarmtemperatur gar nicht zu influiren.

Aconitin. Das Aconitin setzt die Mastdarmtemperatur herab. In einem Versuch fiel die Temperatur binnen 22 Minuten um 1,0°, in einem zweiten binnen 61 Minuten um 1,31°.

Chininum bisulfuricum. Nach kleineren Dosen fand H. die Temperaturabnahme stärker wie nach grösseren, überall aber wurde bei der acuten Vergiftung mit saurem schwefelsaurem Chinin die normale Körperwärme gesunder Kaninchen herabgedrückt.

Veratrin. Veratrin verhindert die normale Abkühlung und erhöht dadurch die Temperatur im Rectum.

Curare. Injection von 1 mlgr alkoholischer Curarelösung in 1 ccm

Wasser setzte die Temperatur herab, die doppelte Dosis des Giftes verzögerte die Abkühlung.

Demgemäss wären als die Körpertemperatur erhöhend anzusehen: Strychnin, Nicotin, Picrotoxin, Veratrin. Vermindernd wirken: Chinin und Aconitin, unbestimmt Muscarin und Curare.

Schulz.

---

190. **Jules Simon, Des vomitifs chez les enfants.** Brechmittel bei Kindern. (Gazette des hôpitaux. 26 Avril 1881.)

Verf. wendet unter den vegetabilischen Brechmitteln die Radix Ipecacuanhae am meisten an. Er giebt sie bei Kindern in folgenden Dosen:

Syrup. Ipecac. 30,0 mit Pulvis Ipecac. 0,20 von 1—8 Tagen,
„ „ „ „ „ „ 0,30 von 8 Tagen bis 1 Jahr,
„ „ „ „ „ „ 0,60 von 1 Jahr bis 3 Jahre,
„ „ „ „ „ „ 1,0 von 3 Jahr ab.

Von den beiden ersten Mitteln gibt er alle 10 Minuten 1 Caffelöffel voll, von dem dritten alle viertel Stunde. Statt dessen kann man Pulvis Ipecac. in einer Dosis von 0,20—0,36 bis 0,5 mit Aqua tiliae und Syrupus florum aurantii 2—3 mal geben, und damit aufhören, sobald Brechen erfolgt. Bei sehr nervösen Kindern kann man die Ipecac. in Form von Pastillen (1—3 täglich) geben. Endlich gibt man Kindern von 4—5 Jahren, die an chron. Krankheiten der Athmungsorgane leiden, die Ipecac. in Form der Pulvis Doweri, zu einer Dosis 0,20—0,30.

Die Radix Ipecac. ist, wegen ihrer Eigenschaft, die Secretion der Magen- und Darmschleimhaut anzuregen, bei Magen- und Darmaffectionen indicirt. Als Brechmittel ist sie in den leichtern Formen der entzündlichen Laryngitis indicirt, jedoch nicht beim Beginn der Krankheit, sondern in der Mitte und am Ende derselben. Beim Pseudocroup liegt in ihrer Anwendung die absolute Therapie. Beim Croup darf ein Brechmittel nur angewendet werden, wenn das Kind nicht deprimirt ist und die Erstickungsgefahr eine grosse ist. In diesem Falle gibt man ein Brechmittel Morgens und Abends (Radix Ipecac. 0,50 mit Syr. Ipecac. 30,0). In Fällen von wahrer diphtheritischer Infection ist dagegen die Ipecac. als Brechmittel contra-indicirt, wegen des Collapses, der ihrer Anwendung folgen würde. In diesen Fällen gibt man Alkoholpräparate, um die Kräfte der Kinder zu heben.

Bei der Bronchitis universalis ohne Asphyxie wendet man das Brechmittel gegen den 3.—4. Tag an, wann auf die rh. sibilantes crepitirendes Rasseln folgt und die Secretion beginnt. Sobald daher die Bronchitis eine capilläre wird, ob Bronchopneumonie sich hinzugesellt oder nicht, sind die Brechmittel ganz und gar contra-indicirt, weil sie den beginnenden Kräfteverfall nur steigern würden; dagegen sind Alkohol und Vesicatore hier anzuwenden.

In der capillären Bronchitis kann ein Brechmittel nur dann erst nützen, wenn die Krankheit geheilt ist, kein Fieber mehr besteht, der

Kranke aber keinen Appetit hat, hustet und Tendenz zum Expectoriren zeigt. In diesem Falle ist die Leber immer mehr oder weniger congestionirt.

Die Brechmittel sollen in der Regel bei gastrischen Störungen angewandt werden.

Wird Verf. zu einem Kinde mit Convulsionen gerufen, so gibt er zuerst ein Clysma von Wasser und Oel, oder Wasser mit Glycerin oder Wasser mit Kochsalz, nachher verordnet er ein Brechmittel (Radix Ipecac. 0,30—0,50 mit Syrup. Ipecac. 30,0) ferner folgende Lösung:

Kalii bromati 1,0
Aq. tiliae 100,0
Aeth. sulf. gtt. = 4—5
Syrup. flor. auranti 30,0
Aq. lauroc. 15,0.

Hören die Convulsionen nicht auf, so gibt Verf. dem Kinde ein Senfbad von 4—5 Minuten, wickelt es nachher in eine Decke ein und frottirt es stark. Sobald die Urin-Secretion begonnen hat, ist das Kind ausser Gefahr.

Verf. wendet mineralische Brechmittel bei Kindern so wenig wie nur möglich an. Er warnt besonders vor dem Gebrauch des tart. stibiatus. Er gibt dieses Präparat nie Kindern unter 2 Jahren. Lässt die Ipecac. bei solchen im Stiche, so kitzelt er ihnen die Uvula, oder lässt sie warmes Wasser trinken, was gewöhnlich zum Brechen ausreicht. Bei Kindern über 2 Jahren, bei welchen die Radix Ipecac. nicht wirkt, zieht Verf. die Anwendung des Cuprum sulf. der des tart. stib. vor, und verabreicht das Mittel in einer Dosis von 0,10 in einer Lösung, und lässt es 4—5 mal nehmen.

Das thermes minerale kann nützlich sein bei Kindern von 2—3 Jahren bes. in Fällen von nervösen Bronchitiden (0,05—0,10 auf 120 grm, 1 stündl. 1 Caffelöffel). Ebenso das Stibium oxydatum zu einer Dosis von 0,30—0,50. Beide müssen aber mit Vorsicht gegeben werden, und dürfen nur Kindern gereicht werden, die über 2 Jahre alt sind.

Kohts (Strassburg).

---

191. **A. Krajewski, Ueber die Wirkung der gebräuchlichsten Antiseptica auf einige Contagien.** (Arch. f. exper. Path. und Pharm. 1881. Bd. 14. S. 139—148.)

Verf. prüfte die Wirkung einiger Antiseptica auf das Contagium der Septicaemie. Dieselbe wurde bei Kaninchen erzeugt durch Impfung mit dem Leberblute eines an Staupe gefallenen Hundes. Septisches Kaninchenblut wurde dann, mit der Lösung des betreffenden Antisepticums gemischt, gesunden Kaninchen eingeimpft. Gleichzeitig wurden Controllversuche ohne Zusatz eines Antisepticums gemacht. Die Controllimpfungen endeten alle tödtlich. Arsenik erwies sich gegen das Contagium der Septicaemie unwirksam. Die übrigen verwendeten Anti-

septica, die sich wirksam gezeigt hatten, wurden dann in progressiv schwächeren Lösungen weiter verwendet. Aus den Versuchsreihen ergab sich, dass die Wirksamkeit des septischen Blutes vernichtet wird durch Lösungen von

Jod 1 : 11520	Salzsäure 1 : 80
Sublimat 1 : 400	Carbols. Natron 1 : 40
Salicylsäure 1 : 300	Thymol 1 : 40 (warme Lösung)
Kupfervitriol 1 : 160	Chlorkalk 1 : 20
Schwefelsäure 1 : 160	Essigs. Blei 1 : 20
Höllenstein 1 : 160	Eisenvitriol 1 : 20
Aetzkali 1 : 460	Salpetersäure 1 : 20
Aetznatron 1 : 160	Alkohol 1 : 1.

Culturen der das Contagium der Septicaemie vermittelnden Organismen in ausgekochter Kaninchenfleischbrühe ergaben, dass die Bacterien der Kaninchensepticaemie in Kaninchenbouillon bei 38°—40° sich schnell vermehren, sowie, dass die Culturen bei gesunden Kaninchen eingeimpft ebenso Septicaemie erzeugten wie septicaemisches Blut. Die Fortpflanzungsfähigkeit der septischen Bacterien wird vernichtet durch:

Carbolsäure	in	10 %	Lösung
Schwefelsäure	„	„	„
Salzsäure	„	„	„
Kupfervitriol	„	„	„
Höllenstein	„	„	„
Aetzkali	„	„	„
Sublimat	„	4%	„
Alkohol		94 grädig.	

Ebenso wurde die Wirksamkeit eines, bei den Impfversuchen erzeugten erysipelatösen Exsudates von den genannten Antisepticis vernichtet (Schwefelsäure, Salzsäure und Alkohol wurden nicht benutzt) in einer 10 % Lösung, Sublimat zerstörte dasselbe schon bei 2%. Erwärmen auf 55° C. zeigte sich bei dem Erysipelexsudat wirkungslos.

Es gelang K. Schafe und Hunde durch Impfung mit auf 55° erwärmtem Milzbrandblut gegen Milzbrand immun zu machen, ebenso auch wurden einmal mit septischem Blut geimpfte Kaninchen, für den Fall des Weiterlebens, gegen spätere Impfungen vom selben Material völlig immun.

Schulz.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **20. Juni.** **Nro. 14.**

192. **Flinzer** (Medizinalrath und Bezirksarzt in Chemnitz), **Die Massenerkrankungen in Chemnitz und Umgegend am 22. und 23. Juli 1879.** (Eulenberg's Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Bd. 34, Heft 2, pg. 254—281.)

Am 21. und 22. Juli 1879 fand in Chemnitz ein Jahrmarkt statt, bei welcher Gelegenheit sich zahlreiche Personen in einem bestimmten Fleischerladen sogen. Mettwurst, bestehend aus theils gekochtem, theils rohem, gepökeltem und leicht geräuchertem Rind-, Kalb- und Schweinefleisch gekauft haben. An den beiden folgenden Tagen erkrankten in der Stadt und Umgegend etwa 250 Personen jeden Alters. Alle Erkrankten boten einen in den Hauptgrundzügen ganz gleichen Symptomencomplex dar. Die Erkrankung war eine plötzliche, begann sofort mit ausgesprochenem tiefen Krankheitsgefühl, beträchtlicher Mattigkeit und Hinfälligkeit, sodass die Kranken sich nicht aufrecht erhalten konnten, vielfach traten Ohnmachten auf. In vielen Fällen wurde die Krankheit

mit einem Schüttelfrost eingeleitet, wie denn das Gefühl von Frost mit darauf folgender Hitze in fast allen Fällen vorhanden war. Alsbald trat meist sehr heftiger Kopfschmerz auf, in den leichteren Fällen wenigstens Eingenommenheit des Kopfes, Schwindel, bei den kleinen Kindern Somnolenz bis zum Sopor sich steigernd, in einelnen Fällen Krämpfe. Mit den Kopfschmerzen zeigten sich zugleich meist sehr intensive Leibschmerzen, unmittelbar folgte heftiges Erbrechen nebst starken Durchfällen mit zahlreichen wässrigen, später oft blutigen Entleerungen, die nicht selten unwillkührlich abgingen. Nur in einer kleinen Anzahl von Fällen fehlte das Erbrechen, welches in den schwersten Erkrankungen tagelang anhielt, so dass das Geringste was genossen wurde, wieder erbrochen ward. Die Diarrhöen hielten in manchen Fällen 10 bis 14 Tage an. Appetitlosigkeit und quälender Durst. Die Körperschwäche dauerte in allen Fällen auffallend lange; wo stillende Frauen erkrankten, versiegte alsbald die Secretion der Milch. — Die Schwere der Erkrankungen ging parallel der Menge der genossenen Wurst. — Es erlagen der Krankheit zwei 70jährige Frauen, die eine nach 5, die andere nach 17 Tagen; letztere starb an einer secundären Lungenentzündung; bei ersterer fanden sich nur catarrhalische Schwellung und Hyperämie der Schleimhaut des Darmtractus und Infiltration der solitären Follikeln und Peyer'schen Drüsen. Die Untersuchung des Blutes ergab kein positives Resultat für die Ursache der Erkrankung.

Verfasser ist geneigt, diese Ursache in Milzbrand zu suchen, von welchem das zur Wurst benutzte Rind befallen gewesen, während seitens der Commission für das Veterinärwesen in Dresden diese Ansicht nicht getheilt, vielmehr eine Infection durch Fleisch von einem an Septicämie leidenden Thiere angenommen wird. Die Specialia der beiderseitigen Ausführungen müssen im Original nachgelesen werden.

Leo.

---

193. **Eberth, Neue Untersuchungen über den Bacillus des Abdominaltyphus.** (Virch. Arch. Bd. 83. S. 486.)

Verfasser bringt neue Beweise für seine früheren Beobachtungen (ref. dies. Centralbl. 1880 Nr. 22). Um sich immer mehr über die Specificität der früher beschriebenen Typhusbacillen zu vergewissern, untersuchte er 11 Fälle verschiedener Erkrankungen, fand aber in keinem einzigen, weder in Milz- noch Lymphdrüsen, Mikroorganismen, wie sie beim Typhus vorkommen. Mit dem gleichen negativen Resultat wurden 13 Fälle von Tuberkulose und Phthise untersucht. Bei 17 untersuchten Typhusfällen dagegen fanden sich in früheren Stadien und frischen markigen Infiltrationen der Lymphdrüsen die Bacillen stets, in späteren Stadien und bei beginnender Rückbildung der Infiltrationen fehlten sie entsprechend den früher gewonnenen Resultaten. Die Mikroorganismen entsprachen in Aussehen und Verhalten den damals beschriebenen. Mikrokokken wurden niemals, oder nur in oberflächlichen Geschwüren gefunden.

Ribbert.

---

194. **Ch. Salomon, Note sur le microbe de la diphtherie.** (Progrès médical. 12. Fev. 1881.)

Der Pilz, den Verf. in den Pseudomembranen bei Menschen gefunden und den er gezüchtet hat, gleicht weder dem Zygodesmus fuscus noch der tilletia diphtherica von Letzerich, noch dem Microsporon von Klebs, sondern stellt sich in der Form des Mycelium und in characteristischen Sporen dar. Das Mycelium bildet lange, sehr helle, stellenweise gefächerte Schläuche, die sich sehr verlängern, sich theilen und durch ihre leicht gebogenen Zweige die Figur einer Leier oder einer Stimmgabel darbieten.

Die Sporen sind zweifacher Art; er unterscheidet die runden oder ovalen, welche man Keimsporen nennen kann, und die rechtwinkeligen (spores rectangulaires), welche das letzte Stadium der Entwickelung darstellen, und vom Verf. „conidies" genannt werden.

Diese letzteren charakterisiren die Art dieser Pilze. Ihre Grösse ist sehr verschieden, sie sind theils isolirt, theils liegen sie zu 2 oder 3 zusammen, sehr oft in Form eines Rosenkranzes zu 10—15, oder in Form einer Kette. Zuerst homogen füllen sie sich bald mit kleinen runden, sehr glänzenden Körnchen von der Grösse der gewöhnlichen Micrococcen. Verf. hält dieselben für die wirklichen Keime des Pilzes.

Die runden oder ovalen Sporen bilden durch ihre Verlängerung das Mycelium.

Verf. hat auf die Mund- und Nasenschleimhaut bei Thieren Impfungen vorgenommen.

6 inoculirte Kaninchen starben nach 6—8—10—18 Tagen; eins davon zeigte am Halse eine enorme Schwellung, welche an das Oedem bei Diphtheritischen erinnerte. Durch Züchtung des Serums aus dieser Anschwellung erhielt Verf. den Pilz mit charakteristischen „conidies". Ein anderes Kaninchen erkrankte an einer fibrinösen Pleuritis mit Exsudat. Das Exsudat ebenso wie die Pseudomembranen haben durch Züchtung den inoculirten Pilz wiedergegeben. Niemals hat die Züchtung des Blutes den Pilz wiedergegeben.

Frösche, die Mycelium geschluckt hatten, starben nach 8—10—11 Tagen. Die Magenschleimhaut war mit einem gelblichen Schleim bedeckt, der aus Epithelzellen, Granulationen, Fetttröpfchen, einer grossen Menge Micrococcen und aus einer gewissen Anzahl rechtwinkeliger „conidies" bestand. Das Peritoneum war mit einer feinen und frischen Pseudomembran bedeckt. Auf der Schleimhaut des Kropfes eines Hahnes erhielt Verf. eine Masse linsengrosser Punkte, die er ebenfalls als Pseudomembranen auffassen konnte.

Um bei den Tauben die diphtheritische Pseudomembran zu erzielen, schabte Verfasser die Mundschleimhaut ab, und bepinselte sie nachher mit dem Product der Züchtung. Nach 24 Stunden hatte sich diphtheritische Pseudomembran gebildet.

Verf. glaubt in diesem Pilze den Träger der Diphtheritis gefunden zu haben, weil er damit Pseudomembranen reproduciren könne.

Was die Natur und den Ursprung dieses Pilzes anbetrifft, so spricht sich Verf. folgendermassen darüber aus: „Ich glaube sie zu

kennen, und werde sie in einer nächsten Arbeit besprechen; dies kann aber mit Nutzen nur bei genauer Kenntniss der Sache geschehen, und meine Sicherheit darüber ist eine nicht vollständige.

Kohts (Strassburg).

---

195. **Prof. Jacobi** (New-York), **Anämie im Säuglings- und frühen Kindesalter.** (Allgemeine Wiener medicin. Zeitung 1881. Nr. 15 und 16.)

Schon im normalen Zustande des Kindes besteht eine Oligämie. Das Kind erfordert mehr Blut im Verhältniss zu seinem Körpergewicht als der Erwachsene. Es besitzt weniger Fibrin, weniger Salze, weniger Haemoglobulin, weniger lösliches Eiweiss, mehr weisse Blutkörperchen und ein geringeres specifisches Gewicht; dann ist der Blutdruck wegen der relativen Weite der Arterien erniedrigt. Geringe Störungen reichen hin, um die physiologische Oligämie zur Anämie zu machen; bei der grossen Häufigkeit von Erkrankungen im Kindesalter sind desshalb Fälle von Anämie alltägliche Erscheinungen. Die ätiologischen Momente der kindlichen Anämie sind:

1. angeborene Schwäche und Krankheitsanlage;

2. Haemorrhagien, Melaina, Nabelblutungen, Blutungen bei Diphtherie;

3. acquirirte Krankheiten:

a) langdauernde Diarrhoen; diese müssen sofort gestillt werden und dürfen nicht mit Sommerhitze und Dentition entschuldigt werden;

b) Malaria;

c) Nephritis mit Albuminurie, besonders die chronische Form; Leucocythämie.

d) Schlaflosigkeit, Rachitis, Scrophulose, vergrösserte Lymphdrüsen, Knochenleiden.

4. Unpassende ungenügende Nahrung. Erkannt wird der Zustand der ungenügenden Nahrung:

1. durch die Abwesenheit einer localen Erkrankung;

2. durch die allmählige Abmagerung und durch die spärlichen, aber normalen Entleerungen.

Die Symptome der kindlichen Anämie sind:

1. Haut und Schleimhäute sind blass, mit einem gelblichen Stich, es tritt Abmagerung ein, Muskulatur und Fett schwinden; in einigen Fällen, hauptsächlich wenn Anämie mit Rachitis compliciert ist, ist das Fett nicht vermindert, sondern vermehrt; die rothen Blutkörperchen sind zum Theil zu Grunde gegangen, der Sauerstoffgehalt des Blutes ist desshalb geringer und die Eiweisssubstanzen werden desshalb unvollständig verbrannt und das Resultat dieser unvollständigen Verbrennung ist das Fett.

2. Obwohl das Gehirn an der allgemeinen Abmagerung nur wenig Theil nimmt oder doch erst bei extremer Atrophie, so treten doch im Verlauf Gehirnsymptome auf, Ohnmachten, Somnolenz oder Schlaflosigkeit, hysterische Anfälle.

3. Geräusche in den Gefässen, selten in der Jugularvene, häufig in den Carotiden und der Fontanelle.

4. Der Puls anämischer Kinder ist wenig verlässlich, ist bald beschleunigt, bald verlangsamt, bald unregelmässig, wird am besten während des Schlafes über der Fontanelle gezählt.

5. Die Trägheit der Blutcirculation, und die wässerige Beschaffenheit des Blutes bieten Anlass zur Entstehung von Catarrhen der Pharynx, Larynx und der Respirationsorgane überhaupt; in Folge der wässerigen Beschaffenheit des Blutes und des veränderten Zustandes der Gefässwände — die intima ist fettig degenerirt — treten seröse Transsudationen auf.

Die Gefahr der Anämie ist während des raschen Wachsthums am grössten, der Säugling ist desshalb mehr gefährdet, als das Kind einer späteren Periode, weil in dieser Lebensperiode das Wachsthum am rapidesten ist.

Was die Therapie anlangt, so muss prophylaktisch dahin gewirkt werden, dass das Säugen während der Schwangerschaft oder bis in das 2. Jahr hinein verboten wird; viele Fälle von Rachitis und Anämie verdanken ihre Entstehung diesem Umstande. Erbliche oder übertragbare Krankheiten der Mutter, wie Phthise, Rachitis, Syphilis, nervöse Störungen, Anämie verbieten das Stillen. Bei künstlicher Ernährung soll feste Nahrung dem Säuglinge nicht gegeben werden; die Milch soll nicht rein gegeben, sondern soll verdünnt werden, doch nicht mit Wasser, sondern durch Zusatz eines gelatinösen oder mehligen Decoctes, wie aus Gerste, Hafermehl, Gummi arabic. oder Gelatine; erst gegen Ende des ersten Lebensjahres giebt man etwas festere Nahrung wie dünngeschnittenes Fleisch, ein Stückchen Brod, $^1/_2$ Ei täglich.

Ferner muss darauf geachtet werden, dass das Kind keine kalten Füsse hat, überhaupt gegen Witterungseinflüsse geschützt werde, wenn das Wetter es gestattet, muss es frische Luft geniessen.

Von Arzneien stehen die Eisenpräparate oben an; bei fieberhaften Zuständen sind sie zu vermeiden, weil sie die Temperatur und den Blutdruck erhöhen und den Puls beschleunigen.

Die besten Eisenpräparate für das kindliche Alter sind:

1. Ferr. lactic. und tinct. ferri pomat. zeichnen sich durch leichte Verdaulichkeit aus.

2. syr. ferri jodati, hat den Vortheil, dass es zugleich als resorbens wirkend ist, desshalb bei Drüsen- und Lungenleiden indicirt.

3. Ferr. carbonic. ist leicht verdaulich und wird in Verbindung mit Wismuth oder natr. hydrocarb. bei progressiver Anämie gegeben, welche mit Magenkatarrh verbunden ist; die Dosirung für ein Kind von 2 Jahren beträgt 20—50 cgr pro Tag.

4. Tinct. ferri chlorat. wird neutral leicht vertragen, kann mit Stomachicis und bitteren Tinkturen verbunden werden, wird zu 1 gr pro Tag gegeben und ist besonders, da es ein Excitans ist, indicirt in Fällen, wo die Herzaction darniederliegt und der Blutdruck herabgesetzt ist.

5. Ferr. pyrophosphor. wird bei Anämie angewandt, die mit Verdaungsschwäche verbunden ist.

II. Arsen leistet bei chronischer Anämie bei torpider Beschaffenheit des Magens, bei träger Verdauung, geschwächter Nervenkraft gute Dienste.

Die Dosirung besteht in täglicher Darreichung von 2—5 Tropfen Fowler'scher Lösung.

III. Strychnin ist ein gutes Adjuvans des Eisens und Arsens. Ein 2jähriges Kind kann täglich 2 mgr bekommen.

IV. Phosphor wirkt ebenfalls vorzüglich, besonders bei Knochenleiden; die Dosis beträgt $^1/_{150}$—$^1/_{100}$ gr pro die.

V. Bei guter Verdauung leistet Leberthran bei Anämie ebenfalls gute Dienste.

Kohts (Strassburg).

---

196. **Zander, Zur Lehre von der Aetiologie, Pathogenie und Therapie der Chlorose.** (Virch. Arch. Bd. 84, S. 177.)

Die Chlorose beruht zwar vorzugsweise auf einer mangelhaften Bildung rother Blutkörperchen und kann allerdings durch reichliche Zufuhr von Eisen gebessert werden, aber doch erfahrungsweise nur so lange die versuchte Aufnahme des Eisens andauert. Nun ist aber der Eisengehalt gesunden Blutes sehr gering und in der Nahrung des Säuglings und des Erwachsenen ist mehr Eisen enthalten, als der Mensch zur Unterhaltung einer normalen Blutbeschaffenheit bedarf, wie man durch Untersuchung der Excremente und des Harns leicht nachweisen kann. Auch der Koth und Urin Bleichsüchtiger weist bedeutende Mengen Eisen auf und trotzdem ist der Gehalt desselben im Blute vermindert. Das kann offenbar nur an einer zu geringen Resorption von Eisen liegen und diese ungenügende Aufnahme hat in erster Linie ihren Grund in einer ungenügenden Menge Salzsäure im Magen, die das Eisen zur Lösung führt. Verf. schlägt also vor, Chlorotischen statt Eisen Salzsäure zu geben (2,0—4,0 : 200,0 $^1/_4$ Stunde nach dem Essen 1—2 Esslöffel) und hat damit selbst günstigere Resultate erzielt, als mit der Verabreichung von Eisen.

Ribbert.

---

197. **Dr. Otto Seifert, Ein Fall von morbus maculosus Werlhofii mit nachfolgendem diabetes mellitus.** Aus der medicin. Klinik zu Würzburg. (Deutsche medicin. Wochenschr. 1881. Nr. 17.)

Ein 10jähriger kräftiger Knabe, der bisher immer gesund gewesen war, erkrankte als Diphtheritisreconvalescent an morb. maculosus Werlhofii; am ganzen Körper traten Purpurflecken auf mit schwer stillbaren Blutungen aus dem Zahnfleisch und aus den Nieren. Der Urin war stark blut- und eiweisshaltig. Die Untersuchung des Blutes ergab, dass das Mengenverhältniss zwischen rothen und weissen Blutkörperchen von dem normalen nicht abwich. Obgleich die Prognose bei den starken Schleimhaut- und Nierenblutungen ungünstig schien, so ging die Krankheit unter der geeigneten Behandlung (Tamponade des blu-

tenden Zahnfleisches mit liq. ferri. 1 : 150 mit glycerin 20,0 innerlich) zurück. Die Purpurflecken und die Blutungen schwanden, der Harn wurde klar und hell; nur war das specif. Gewicht sehr hoch, 1027, und die Untersuchung ergab einen mässigen Zuckergehalt. Pat. befand sich ziemlich gut, das Körpergewicht nahm zu, die Urinmenge betrug nie über 1400 gr pro Tag, das specif. Gewicht schwankte zwischen 1019 und 1039, der Zuckergehalt zwischen 4,8% und 1,5%. Die Prognose erscheint demnach noch ziemlich günstig. Verfasser nimmt an, dass bei dem Patienten in Folge der hämorrhagischen Diathese kleine Blutungen in die Medulla oblongata stattgefunden haben, die zwar nicht so bedeutend waren, um den Tod herbeizuführen, doch intensiv genug, um irreparable Störungen in jenem Gebiet zu erzeugen, welches mit dem Entstehen des Diabetes in nahem Zusammenhang steht. Verfasser führt 6 Fälle an, bei denen nach Gehirnblutungen Diabetes beobachtet wurde; nach purpura haemorrhagica ist dies aber bisher nicht beobachtet.

Kohts (Strassburg).

---

198. **Dr. M. Bernhardt, Zur Pathologie und Therapie des Facialiskrampfes.** (Zeitschr. f. klin. Medic. 1881, III. p. 96.)

Der geringe Zuwachs, den unsere Kenntnisse über das Wesen und die Behandlung krampfhafter Zustände in einzelnen Nervengebieten, gegenüber dem Fortschritte in der Kenntniss der peripheren Lähmungen erfahren haben, veranlasste B. zur Mittheilung von 6 Fällen von Facialiskrampf, denen er einen Fall von Krampf im Gebiete des linken N. accessorius anhangsweise beifügt. Die Fälle zeichnen sich weder ätiologisch noch in ihrer Erscheinungsweise von den bisher bekannten sonderlich aus. Die Ursache ist mit Ausnahme eines Falles (Fall 4), bei dem eine epileptiforme Grundlage angenommen werden konnte, im Dunkeln; nur einmal (Fall 3) wird ganz bestimmt Erkältung, unter Ausschluss alles Uebrigen als ursächliches Moment angegeben; in den übrigen Fällen wurde in Ermanglung eines Besseren auf dasselbe Moment zurückgewiesen.

In allen Fällen war die Affection einseitig, ohne Betheiligung der Gaumenmuskulatur, ohne vermehrte Speichelsecretion, ohne Geschmackstörungen, ebenso war die äussere Ohrmuskulatur frei, nur in einem Falle (Fall 5) bestand Knacken im Ohr der leidenden Gesichtshälfte, synchron mit den Krampfanfällen, wohl durch Betheiligung des M. stapedius an den Zuckungen bedingt.

Abgesehen von Tic convulsiv befanden sich die Patienten alle in gutem Gesundheitszustande, sensible und vasomotorische Störungen fehlten vollständig. Und ausser den epileptischen Erscheinungen in Fall 4 waren keine Anzeichen einer centralen Affection, oder sonst eines schweren, fortschreitenden Allgemeinleidens vorhanden, — die activen Bewegungen ungestört. — Die electrische Erregbarkeit war meist nicht geändert, in einigen wenigen Fällen erschien sie mässig gesteigert. — Druckpunkte, von denen aus die Zuckungen sistirt werden

konnten, waren keine vorhanden. — Die verschiedenen Methoden der electrischen Behandlung (Anode in der Fossa stylo-mastoïdea; Durchleiten eines constanten Stromes durch die Proc. mastoïdei, Application der Anode an das der leidenden Gesichtshälfte gegenüber liegende Scheitelbein (Berger)) waren erfolglos. — In zwei Fällen sistirten die krampfhaften Zufälle längere oder kürzere Zeit. — In Fall 3 spontan ohne besonders nachweisbare Ursache; in Fall 5 während des Verlaufs einer Conjunctivitis. — Bei den Epileptikern trat Heilung ein durch den längeren Fortgebrauch von Kali brom.; bei allen andern erwies sich dasselbe erfolglos, die Nervendehnung, die in Fall 5 und 6 angewendet wurde, war von kaum nennenswerthem Erfolg begleitet.

Ausser einer einige Monate anhaltenden nur langsam verschwindenden Lähmung im Gebiete des operirten Facialis bei Fall 6 hatte die Operation keine nachtheiligen Folgen.

In Fall 5 sistirten die Zuckungen für den Tag der Operation, traten aber am nächstfolgenden Tage, freilich mit bedeutend geringerer Intensität wieder auf. — 2 Jahre nach der Operation waren die Zuckungen wieder in der gleichen Intensität vorhanden, wie vor der Operation — ein Fortschritt zur Besserung war nur darin zu constatiren, dass oft Stunden lange Pausen eintraten, während welcher auch active Bewegungen keine Zuckungen mehr hervorriefen, wie dies früher der Fall war.

In Fall 6 kehrten die Zuckungen nach 5 Monaten mit dem Verschwinden der Lähmung wieder zurück, jedoch auch mit dem in Fall 5 constatirten Verschwinden der geringeren Intensität und des längeren Submittirens.

Auch bei Fall 7, mit Accessoriuskrampf, war ein wesentlicher Erfolg von der Nervendehnung nicht zu verzeichnen.

Es stimmt dieses Resultat mit den bei allen bisher durch Dehnung des Nerven operirten Fällen von Fis convulsif erzielten überein, — stets war nach längerer oder kürzerer Zeit ein Recidiv eingetreten, und zwar nicht allein da, wo die Dehnung keine Lähmung im Gefolge hatte, sondern auch bei den Fällen, welche von einer meist schweren Paralyse gefolgt waren.

Gegenüber der Operation der Nervendehnung, die wenn auch dank der verbesserten Wundbehandlung, kaum mehr als gefährlich zu bezeichnen, doch stets ein mehr oder weniger langes Krankenlager nothwendig macht, will B. noch die Aufmerksamkeit darauf lenken, etwa einen mit der nöthigen Vorsicht ausgeführten und durch längere Zeit hindurch fortgesetzten Druck auf den Nervenstamm oder Ast eine Leitungsunterbrechung im Nerven herbeizuführen.

Schliesslich betont B., dass die Acten über das vorliegende Thema noch lange nicht geschlossen sind, dass erst weitere Erfahrungen die Richtschnur für unser therapeutisches Eingreifen bei Facialiskrampf werden abgeben müssen.

Engesser (Freiburg i. B.).

199. **Dr. H. Schüssler** (Bremen), **Ein durch doppelseitige Ischiadicus-Dehnung geheilter Fall von Tabes dorsalis.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1881. Nr. 10.)

Ein Bauunternehmer, Vater von 7 gesunden Kindern, trug wegen Bruchs der rechten fibula bei Glatteis 5 Wochen um den rechten Unterschenkel einen Gypsverband; nach Entfernung desselben Schwäche im rechten Beine, später auch im linken. Während 2monatlicher Massage Verschlimmerung der Beschwerden: Schwanken bei Halbdunkel, Unsicherheit, lähmendes Gefühl in den Beinen. Nach circa 2 Monaten Schmerzen im Rücken, reissende Schmerzen, später Kältegefühl in den Beinen, Hyperästhesie der Vorderflächen beider Schienbeine, Urinbeschwerden, Schwäche der Potenz. Nach etwa 9 Monaten Schwanken, Schleudern der Beine, Umsinken beim Augenschluss vorhanden, Taubheit in den Fusssohlen, Schwäche in den Beinen; diese kühl; Sensibilität herabgesetzt, kein Muskelgefühl in den Beinen, kein Patellarsehnenreflex, Unfähigkeit im Dunkeln zu gehen. Muskel- und Sehkraft gut erhalten. Es besteht Pupillenstarre, rechts Parese des Oculomotorius. S. diagnosticirt rasch verlaufende tabes dorsalis im Beginn des paralytischen Stadiums. In der Chloroformnarkose wird streng antiseptisch zuerst der rechte, dann der linke nerv. ischiadicus dort, wo der biceps femoris sich unter den glutaeus maximus schiebt, aus der Tiefe hervorgeholt und mit den Fingern zunächst peripher so stark angezogen, dass der Fuss und die Zehen sich bewegen, sodann an dem unter den Nerv geschobenen Finger der ganze Körper des Pat. dreimal sanft in die Höhe gehoben, da erst beim dritten Male ein Nachgeben verspürt wurde.

Nach sechs Wochen ist die Sensibilität, Muskelgefühl, Motilität, Wärmegefühl in den Beinen wieder hergestellt, Ataxie, Zittern der Zunge, Urinbeschwerden geschwunden. Pat. kann im Dunkeln gehen, das Kniephänomen fehlt. Bald hob sich auch die Schwäche der Potenz. Eine zweite Untersuchung nach späteren 5 Wochen lässt den Kranken als ganz geheilt erscheinen. Hieran knüpft dann S. weitere Betrachtungen über die Nervendehnung im Allgemeinen und über die bisher in dieser Weise operirten Fälle anderer Aerzte.

Oebeke (Endenich).

---

200. **M. Bouillaud, Les dérangements de la progression, de la station et de l'équilibration, survenant dans les expériences sur les canaux semicirculaires ou dans les maladies de ces canaux, n'en sont pas les effets, mais ceux de l'influence qu'elles exercent sur le cervelet.** Die Störungen des Gehens, Stehens und des Gleichgewichts bei Verletzung der Canales semicirculares kommen zu Stande durch den Einfluss des Kleinhirns. (Comptes rendus. Tome XCII. Nr. 18. 1881. p. 1029.)

Flourens schloss aus seinen Versuchen, dass das Kleinhirn das Centrum für die coordinirten Bewegungen sei, und aus späteren Ver-

suchen, dass Zerstörung der halbcirkelförmigen Kanäle direct Störungen des Gehens, des Stehens und des Gleichgewichts zur Folge habe. Gegen die letztere Behauptung macht Vf. geltend, dass sie schon a priori sehr unwahrscheinlich klinge, denn es wäre höchst merkwürdig, wenn ganz unähnliche Theile — Kleinhirn und Bogengänge — ganz gleiche Funktionen hätten, und ausserdem ständen die halbcirkelförmigen Kanäle durchaus in keiner directen Verbindung mit den Extremitäten. Aus den klinischen Beobachtungen ferner ergebe sich, dass in der weitaus überwiegenden Anzahl der Fälle von Erkrankung des inneren Ohres keine Coordinationsstörung auftrete. Dass sie in einer Reihe solcher Fälle allerdings vorhanden sei, sei lediglich Folge von gleichzeitiger krankhafter Störung des Kleinhirns, welches, dem inneren Ohre eng benachbart, bei Erkrankung des letzteren sehr leicht mitergriffen werden könne. Ebenso seien die Flourens'schen Versuche zu erklären, und Läsionen der Bogengänge allein würden keine Coordinationsstörungen zur Folge haben.

Verf. erwähnt von klinischen Beobachtungen, auf die er sich stützt, acht bereits publicirte Fälle, aus denen die Abhängigkeit der Erkrankungen des Kleinhirns von solchen des inneren Ohres ersichtlich sei. Als einziges Centrum für die Coordination des Gehens, des Stehens, des Gleichgewichts sei demnach das Kleinhirn zu betrachten.

Lüderitz (Jena).

---

201. **Adolf Baginsky** (Berlin), **Ueber Pneumonie im Kindesalter.** (Veröffentlichungen der Gesellsch. f. Heilk. in Berlin. Oeffentliche Versammlung der pädiatrischen Section am 5. und 6. April 1880.)

Nachdem B. die Entwicklung, die Symptome und den Verlauf der croupösen und katarrhalischen Pneumonie und die Mischform charakterisirt hat, geht er zu einer genaueren Besprechung der croupösen Pneumonie der Kinder über. Der Puls hat nach ihm nicht die Bedeutung wie beim Erwachsenen, da auch unter normalen Verhältnissen hohe Pulszahlen beobachtet werden; nur lange Dauer beträchtlicher Steigerung ist prognostisch wichtig und plötzliche Unregelmässigkeit weist auf drohende Störung seitens des Centralnervensystems hin; die Respiration ist stossend und dieses Phänomen für die Pneumonie des Kindes charakteristisch; es wird rasch inspirirt, auf der Höhe der Inspiration tritt eine kurze Pause ein und endlich erfolgt die Exspiration mit einem eigenthümlichen vernehmlichen Stoss; in dem Maasse, als die Respiration zunimmt, hört die stossende Form der Respiration auf, dieselbe wird oberflächlich, der Organismus hat keine Zeit zur Pause auf der Höhe der Inspiration, und dies ist ein ominöses Zeichen; in der Regel ist dann die Pneumonie sehr ausgedehnt oder durch Pleuritis oder Bronchitis complicirt.

Die Temperatur charakterisirt sich durch rapides Ansteigen, durch mässige abendliche Steigerungen und durch plötzlichen kritischen Abfall.

Nach Jürgensen ist nun das Wesentliche und Massgebende bei der Pneumonie die Temperatur, welche eine Insufficienz des Herzens und damit den Tod herbeiführt. Dem gegenüber behauptet Verfasser, dass beim Kinde durch die Insufficienz der Respiration der Tod herbeigeführt wird. Das Kind hat unter normalen Verhältnissen einen lebhafteren Gaswechsel als der Erwachsene. Es gebraucht mehr Sauerstoff und athmet mehr Kohlensäure aus, dann sind die Respirationsmuskeln nur schwach entwickelt, es wird in demselben Maasse, als die pneumonische Infiltration der Lunge zunimmt, die auf den Blutstrom wirkende Saugkraft der Lunge vermindert, und der Ausfall kann nur durch gesteigerte Thätigkeit der Respirationsmuskeln ausgeglichen werden.

Diese Thatsache ist für die Therapie nicht bedeutungslos; energische Abkühlung durch Anwendung kalter Bäder, bis zu 6° R., wie sie Jürgensen verordnet, sind deshalb zu verwerfen. Wie man täglich sehen kann, vertragen Kinder die kalten Bäder nicht, selbst wenn man Reizmittel giebt; durch das kalte Bad contrahiren sich die Arterien, es entsteht eine Drucksteigerung im Aortensystem, welcher der kindliche Organismus in Folge des verhältnissmässig schwach entwickelten linken Herzmuskels nicht gewachsen ist.

Gegen die Hepatisation der Lunge kann man therapeutisch nicht eingreifen, es kommt aber in der Umgebung der Hepatisation zur Hyperämie und entzündlichen Anschoppung, die sich physikalisch durch tympanitischen Schall und durch unbestimmtes, oder schwach bronchiales Athmen kund giebt. Gegen diesen Zustand glaubt Verf. durch zeitgemässe Blutentziehung hülfreich einschreiten zu können; er verordnet deshalb, wenn keine contraindicirende Zustände, wie Anämie, Rachitis, Scrophulose, vorhanden sind, nur eine dem Alter angemessene Zahl von Schröpfköpfen. Von den 60 Kindern, die B. an Pneumonie behandelt hat, sind nur 4 gestorben, und diese waren, weil Complikationen vorhanden waren, nicht geschröpft. Eisblasen werden von Kindern nicht gut vertragen, und werden vom Redner nur angewandt, wenn er keine Blutentziehungen zu machen wagt. Ob Hautreize nutzbringend sind, lässt Verf. unentschieden; sie führen einen erhöhten Druck im Aortensystem und dadurch eine Mehrbelastung des linken Herzens ein, und sind deshalb zu verwerfen, andererseits wirken sie, wie die Erfahrung lehrt, schmerzstillend.

Kohts (Strassburg).

---

202. **Enrico de Renzi** (Genua), **Ueber das physiologische Knisterrasseln.** (Virch. Arch. Bd. 83, S. 559.)

Verf. beobachtet seit Jahren als sehr seltene Erscheinung ein Knisterrasseln bei ganz gesunden Personen in der Schlüsselbeingrube. Es tritt dasselbe nur bei den ersten tiefen Inspirationen auf, und verschwindet bei den späteren allmählich. Anfangs ist es von dem bei der Pneumonie beobachteten nicht verschieden, wird dann aber immer

schwächer. Verf. führt diese Erscheinung zurück auf eine theilweise leichte Atelectase derjenigen Lungenparthien, die beim gewöhnlichen Athmen nicht benutzt werden. Er fand sie ausser in der Schlüsselbeingrube auch auf der ganzen vorderen Thoraxfläche, nie dagegen auf der hinteren. Gegen eine pathologische Bedeutung des Rasselns spricht der Ort des Vorkommens, dasällmähliche Verschwinden, das Fehlen von Husten, Auswurf etc.

Ribbert.

---

203. **Hennig** (Leipzig), **Ueber Entzündung der Unterzungendrüse bei Neugeborenen.** (Veröffentlichungen der Gesellsch. f. Heilk. in Berlin. Oeffentliche Versammlung der pädiatrischen Section am 5. und 6. April 1880.)

Verf. hat 3 Mal die Entzündung der vorderen Speicheldrüsen, der submaxiallaris und der sublingualis beobachtet; den ersten Fall sah er auf der Klinik des Professor Braun in Wien; bei einem 3 Tage alten Kinde entwickelte sich eine Vereiterung der rechten Submaxillardrüse, woran das Kind zu Grunde ging; es war zu derselben Zeit eine grosse Anzahl puerperalkranker Mütter auf der Klinik.

Einen zweiten Fall von Entzündung der linken Submaxillardrüse beobachtete Verfasser bei einem Kinde, das Redner mit der Zange entwickelt hatte. Die Eiterung selbst lief nach Perforation der Fascie des Mundbodens bis zur Pleura fort und rief Pneumonie hervor, woran das Kind zu Grunde ging.

Der 3. Fall betrifft die Sublingualis. Die Mutter war mit dem Forceps entbunden, es war eine Ruptur der Vagina entstanden, der eine colossale Sepsis folgte. Das Kind bekam zuerst einen Eiterungsprocess am Nabel, dem sich eine Entzündung und Vereiterung der linken Sublingualis 2 Tage darauf anschloss; das Kind genass.

Redner glaubt, dass die Entzündungen der vorderen Speicheldrüsen metastatischer Natur sind und dass sie meist in Verbindung stehen mit Infectionen der Mutter, also zu den Puerperalkrankheiten der Neugeborenen in den meisten Fällen gehören.

Kohts (Strassburg).

---

204. **J. Seegen, Die Einwirkung der Leber auf Pepton.** Pflüger's Archiv, XXV. Bd. 3. und 6. Heft.

Durch eine Reihe von Versuchen hat Verfasser festgestellt, dass Zuckerbildung in der Leber erfolgen kann, ohne dass das Leberglycogen in seinem Bestande vermindert werde, dass also Leberzucker auf Kosten eines anderen Bildungsmaterials entstehen kann. Diese neue Thatsache steht im Widerspruche zu unseren heutigen durch Bernard begründeten Anschauungen, dass das Leberamylum die einzige Quelle des Leber-

zuckers sei. Seegen bemerkt nun, dass es viele Anhaltspunkte gäbe, dass Fett und Kohlehydrate aus Eiweisskörpern entständen, und dass es unzweifelhaft wäre, dass auch bei absoluter Fleischkost eine Glycogenmenge gebildet würde, die nicht durch das mit dem Fleische verzehrte Glycogen gedeckt werden kann. Bei Diabetikern der schweren Form wird ferner stets beobachtet, dass trotz absoluter Fleischkost eine Zuckermenge ausgeschieden wird, die weit grösser ist als die mit dem Fleische eingeführte Glycogenmenge, die also nur auf Kosten der Eiweisskörper entstanden sein kann.

Die Versuche wurden angestellt mit der frisch getödteten Thieren entnommenen und zerkleinerten Leber. Die Details der Versuchsanordnung, so wie die chemischen Nachweise müssen im Original nachgelesen werden.

Das Resumé der Versuche ist:

Bei allen Leberstücken, welche circa eine Stunde mit einer Peptonlösung in Berührung waren, ist der Gehalt an Zucker, wie der Gehalt an Kohlehydraten beträchtlich grösser, als in den unter ganz gleichen Bedingungen, nur ohne Berührung mit Pepton behandelten Leberstücken und Seegen schliesst, dass somit die Leber unter gewissen Bedingungen bei längerem Zusammensein mit einer Peptonlösung einen grösseren Gehalt an Zucker in Kohlehydraten enthält, und also im Stande ist aus Pepton Zucker und Kohlehydrate, welche in Zucker unverwandelbar sind, zu bilden.

Kochs.

---

205. **Petrowsky, Ein Fall essentieller perforativer Peritonitis tuberculosa.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1881, XXVIII p. 409.)

Bei der Häufigkeit des Vorkommens der Tuberculose in Gefängnissen, gehört die primäre Tuberculosis Peritonei (Lebert) zu den Seltenheiten. Die Tuberkel des Peritoneums haben in seltenen Fällen Perforation der Gedärme nach Aussen und Bildung von Darmfisteln oder Perforation ins Cavum Peritonei, welches, wenn auch selten, an mehreren Stellen stattzufinden pflegt, zur Folge. Einen der letzteren Fälle beschreibt P., den er im St. Petersburger Gefängnisshospital zu beobachten Gelegenheit hatte.

Bei einem am 22. Juni 1878 ins Hospital aufgenommenen Arrestanten entwickelt sich unter unregelmässigem Fieber mit bald continuirlichem, bald remittirendem, bald intermittirendem Typus eine Geschwulst, welche am 23. Juli (dem 31. Krankheitstage) von der Grösse einer Wallnuss in der Linea alba o. p. in der Mitte zwischen Nabel und Processus ensiformis erscheint und in den nächsten 11 Tagen zu der Grösse eines Kindskopfes anwächst. Dieselbe ist bei Berührung schmerzhaft, kann durch Druck zum Verschwinden gebracht werden und kommt dann allmählig wieder zum Vorschein. Der Percussionsschall ist stets tympanitisch, die Auscultation ohne positiven Befund.

Vom 3. August an ist die Geschwulst wegen zu heftiger Schmerzen nicht mehr reponirbar, sie verliert ihre scharfe Abgrenzung gegen

die Bauchdecken, ein im Anfang bestehender Durchfall hat etwas nachgelassen, der Fiebertypus ist dagegen gleichgeblieben und innerhalb 22 Tagen (vom 3. August an) erfolgt ein bedeutender Kräfteverfall, dem der Kranke am 27. August durch Erschöpfung erliegt.

Bei Eröffnung der Bauchdecken bei der Obduction entweichen aus der Geschwulst intensiv stinkende Gase. Magen und Colon transversum waren unter sich und mit den Bauchwandungen, ebenso waren die Dünndarmschlingen unter einander und mit dem Colon ascendens und descendens, sowie mit den Bauchwandungen verwachsen. Von dieser verwachsenen Gedärmemasse wird ein Cavum von der Grösse eines Kindskopfs umgrenzt. Von dieser Höhle führt eine grosse Oeffnung in das Lumen des Colon transversum; ferner finden sich im Magen in der Nähe des Pylorus, an der grossen Curvatur drei Oeffnungen von Stecknadelkopfgrösse; die eine derselben führt in das Lumen des Colon tranversum, die beiden anderen in die besprochene Höhle. Das Peritoneum überall verdickt, schiefergrau pigmentirt, darauf graue und gelbe Tuberkel bis zur Grösse einer Erbse eingestreut. Das Leberparenchym zeigt keine Tuberkeleinlagerung. Beide Lungen nicht verwachsen, sind ödematös, enthalten diffuse Bronchiectasien, keine Tuberkel.

P. verlegt die Entwicklung der tuberkulösen Peritonitis mit der Bildung von Verklebungen der Intestina unter sich oder mit den Bauchdecken in den Zeitraum vom 22. Juni bis 23. Juli; also in die ersten 31 Tage. Die durch den tuberkulös-peritonitischen Process bedingte, von dem Centrum zur Peripherie fortschreitende und zu Perforation führende Erweichung ergreift allmählig auch das parietale Peritonealblatt, wobei der von Verwachsungen und Pseudomembranen gebildete Sack, in den durch die Perforationen Gase und Darmcontenta aus den Unterleibseingeweiden austreten, als anfangs kleine, allmählig wachsende Geschwulst in der Linea alba sichtbar wird.

Die Reponibilität dieser Geschwulst war dadurch ermöglicht, dass der Höhleninhalt beim Druck unbehindert durch die grosse Oeffnung ins Colon transversum entweichen konnte, wonach sogleich durch die leichtbeweglichen und nachdrängenden Dünndarmschlingen Ersatz für das Verdrängte geboten wurde. Als die Dünndarmschlingen aber durch weitere Verwachsungen noch mehr fixirt wurden, waren sie nicht mehr im Stande ohne starke Zerrung und selbst Zerreissung ihrer Adhäsionen die aus der Geschwulst entweichenden Gase zu ersetzen; es konnte daher die Geschwulst nicht mehr ohne die heftigsten Schmerzen reponirt werden.

Engesser (Freiburg i. B.)

---

206. **Falk, Nierendefekt.** (Virch. Arch. Bd. 83. S. 558.)

Bei einem 34 jährigen Manne war die rechte Unterextremität, und nur diese, mit zahlreichen Varicen versehen, aus deren einem er verblutet war, es war ferner die rechte Schädelhälfte schmaler, flacher, durchscheinender als die linke und die Gyri rechts platter. Ausserdem

aber fehlte jede Spur einer rechten Niere sowie der Nierengefässe und des Ureters. Beide Nebennieren dagegen normal vorhanden. Linke Niere normal, nur das Nierenbecken etwas weit.

Ribbert.

---

207. **J. Parrot, La vulvite aphteuse et la gangrène de la vulve chez les enfants.** (Revue de médecine. 16. Mars 1881.)

Diese Affection, wovon Verf. 56 Fälle beobachtete, hat ihren Sitz an der Vulva, und geht von da aufs Perineum, auf die Umgebung des Afters und auf die Leiste über. Die grossen Schamlippen werden doppelt so häufig befallen, wie die kleinen. Im stadium eruptionis bemerkt man kleine runde weissliche „plaques", deren Durchmesser zwischen 1—3—4 mm variirt. Dieselben werden durch Erhebungen der Epidermis gebildet und haben eine grosse Aehnlichkeit mit den Aphthen der Mundschleimhaut. In ihrer Umgebung ist das Gewebe gewöhnlich wenig modificirt, manchmal ein wenig geschwollen. Die Anzahl der „plaques" variirt zwischen 6—10—15, die theils isolirt, theils in Gruppen zusammenstehend vorkommen. Das Stadium eruptionis dauert 36—48 St. bis 3 Tage. Im zweiten folgenden Stadium findet man runde, becherförmige Ulcerationen mit einem grauen oder ein wenig gelben Grunde, welche mit einer rothen Zone umgeben sind. Ein heftiger Pruritus, welcher sich manchmal schon unter den ersten Symptomen zeigt, veranlasst die Kinder zu fortwährendem Kratzen. Wenn die Ulceration sich vertieft und im Umfang zunimmt, so sind die Ränder mehr erhöht, die Nachbartheile viel stärker geschwollen oft selbst indurirt und intensiv geröthet. Dies ist besonders der Fall an den kleinen Schamlippen und der Clitoris. Die Ulcerationen können sehr gross werden; bei einem der Kranken war eine solche 3 Quadratcentimeter gross.

Bleibt das Uebel sich selbst überlassen, so können die afficirten Theile gangränös werden. In diesem Falle bedecken sich die Ulcerationen mit grau-braunen und schwärzlichen Flecken. Zu gleicher Zeit schwellen die unterliegenden und peripherischen Theile; sie induriren, nehmen ein livides Aussehen an und werden sehr schmerzhaft.

Ist der kalte Brand einmal aufgetreten, so greift er mit einer auffallenden Schnelligkeit um sich. Verf. hat die Zerstörung der ganzen Vulva, des Mons Veneris, des Perineum, des Anus, des Rectum und der Haut der Hinterbacken beobachtet. Unterliegen die Kranken nicht, und stossen sich die feuchten gangränösen Theile ab, so scheint der Substanzverlust unersetzlich. Es bilden sich jedoch bald Granulationen und die Oberfläche zieht sich schnell zusammen. Die Ulcerationen entwickeln sich am schnellsten auf dem Perineum an dem Rande des Anus und an der Rectalschleimhaut. Die Analulcerationen brauchen 3 mal mehr Zeit zur Heilung als die der Vulva. Eine Anschwellung der Inguinaldrüsen hat Verf. bei dieser Affection nie beobachtet.

Die Krankheit tritt am meisten zwischen dem 2.—4. Jahre auf. Sie kommt nicht allein bei Mädchen vor, sondern Verf. hat dieselbe

auch bei einem Knaben beobachtet. In 2—3 Fällen trat dieselbe bei Masernkranken auf. (Namentlich beobachtete Verf. alle Fälle von Gangrän bei Masern.) In 16 Fällen entwickelte sich diese Affection ohne jegliches Fieber.

Verf. wendet seit 1873 das Jodoform gegen diese Affection an und ist ihm seitdem kein einziger Fall von Gangrän der Vulva mehr zur Beobachtung gekommen. In welcher Periode die Krankheit auch steht, wird, sobald diese einmal erkannt ist, mit einem Pinsel eine dicke Schicht Jodoform auf die Ulcerationen gestreut und Charpie zwischen die ergriffenen Theile eingelegt. Dieser Verband wird alle 24 Stunden erneuert, bis die Heilung eingetreten ist. Dieselbe tritt bei dieser Behandlung sehr schnell ein. Die Ulcerationen am Anus brauchen am längsten Zeit zur Heilung, weil sie mit Koth beschmutzt werden.

Kohts (Strassburg).

Neue Bücher.

d'Astros, Etude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Ballet, Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau. Paris.

Brault, Contribution à l'étude des néphrites. Paris, G. Baillière et Co.

Briand, Du Délire aigu. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Cloelta, Lehrbuch der Arzneimittellehre nebst Anleitung zu Arzneiverordnungen. Freiburg u. Tübingen, J. C. B. Mohr. 6 M.

Faucher, Du lavage de l'estomac, procédé opératoire, indications resultats. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr.

Lévèque, Contribution à l'étude clinique et pathogénique des complications dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Paris.

Luys, Traité clinique et pratique des maladies mentales. Avec 27 figures intercalées dans le texte et 10 planches coloriées et photo-micrographiques. cart. Delahaye et Lecrosnier. Paris. 18 fr.

Moreaux, Marche de la paralysie général chez les alcooliques. Paris.

Die Parasiten des Menschen, zweite Aufl., herausgegeben von Küchenmeister und Zürn, 3. Lfg. Nematoden, Insekten. Mit in den Text gedruckten Holzschnitten und 6 Tafeln makroskopischer und mikroskopischer Abbildungen. Leipzig, Ambr. Abel. 10 M.

Schulz, Das Eucalyptusöl. Pharmakologisch und klinisch dargestellt. Mit 1 Curventafel. Bonn, Max Cohen und Sohn. 2 M.

Vierordt, Das Gehen des Menschen in gesunden und kranken Zuständen. Nach selbstregistrirenden Methoden dargestellt. Mit 11 lithographischen Tafeln und 6 in den Text gedruckten Holzschnitten. Laupp'sche Buchh. Tübingen. 10 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **25. Juni.** **Nro. 15.**

208. **Dr. Cossy, La syphilis desquamative de la langue.** (Progrès médical, 12. Mars 1881.)

Verf. fasst die von Bridon in seiner Dissertation (Sur une affection innommée de la muqueuse linguale 1872) beschriebenen, und unter dem Namen „état lichénoïde de Gubles" bekannte Krankheit als ein Symptom von hereditärer Syphilis auf.

Die Beschreibung der Krankheit ist folgende:

Auf der Spitze der Zunge und auf deren Rand entsteht ein weisser runder Fleck von $^1/_2$—1 mm Durchmesser. Auf der Oberfläche dieses Fleckes ist das Epithel dicker und weisser als im normalen Zustande. Nach 24—36 Stunden zeigt sich an der Stelle dieses Fleckes ein weisser Ring, der eine rothe Fläche (das Centrum) umfasst. Das Epithel dieses Centrums ist abgefallen, und die Papillen sind dadurch blosgelegt worden. Von diesem Momente an dehnt sich die Krankheit mit einer grossen Schnelligkeit aus, entweder nach dem hintern Theil

der Zunge, oder nach ihrem Centrum zu. Die Ringe werden bald zu unregelmässigen Curven. Diese Modification in der Form der Flecken ist bedingt, theils durch die Nähe des Zungenrandes, der die Ausdehnung des Uebels anhält, theils durch die Begegnung einiger Ringe und ihrer Anastomosen.

Es ist selten, dass die ganze Zungenoberfläche einer solchen Desquamation verfällt. Die Dauer der Affection geht selten über 5—6 Tage hinaus.

An senkrechten Schnitten hat Verf. constatirt, dass an der Oberfläche dieser kranken Stellen das Epithel geschwellt und dicker ist als im normalen Zustand. Die Zellen des rete Malpighii sind vergrössert, und dasselbe ist der Sitz einer stärkeren Zellenproliferation.

In den Papillen und in den unter der Epidermis gelegenen Theilen, findet man eine grosse Anzahl von Lymphkörperchen um die Blutgefässe herum.

Vf. ist der Ansicht, dass gerade hier der erste und hauptsächlichste Sitz der Krankheit ist, und dass der oberflächliche Prozess, der einzige sichtbare während des Lebens, nur von einer untergeordneten Bedeutung und die Folge der tiefer liegenden Affection ist.

Kohts (Strassburg).

---

209. E. Lancereaux, Des troubles vaso-moteurs et trophiques liés à l'alcoolisme et à quelques autres intoxications chroniques. Ueber vasomotorische und trophische Störungen als Folgen des Alkoholismus und einiger anderer chronischer Intoxicationen. (L'Union médicale Nr. 63, 68 und 71.)

Die vasomotorischen und trophischen Störungen, die L. als Folgeerscheinungen des Alkoholismus beobachtet hat und deren charakteristischer Sitz die Extremitäten sind, bieten je nach Intensität und Dauer des Abusus Spirituosorum die verschiedensten Bilder dar, von der einfachen Congestion und der vorübergehenden Anämie bis zum Oedem und zur Gangrän der Gewebe. Die leichtesten Anfänge dieser Störungen kann man nach L. fast bei jedem, dem Alkoholabusus ergebenen Individuum constatiren; sie bestehen in Kälte, Blässe und Neigung zum Schwitzen an den Füssen sowie geringfügigen Ernährungsstörungen der Nägel und Haut. In andern Fällen findet man Haut-Eruptionen verschiedener Art; L. beobachtete Urticaria, und Pemphigus; fernere kleinere Hämorrhagien, Ecchymosen, Purpura. Alle diese Affectionen zeichnen sich aus durch ihren Sitz an den Extremitäten und ihr vollständig symmetrisches Auftreten beiderseits. Die schweren zu umschriebener Gangrän führenden Fälle hat L. zweimal beobachtet und beschreibt sie des näheren (worüber das Original nachzusehen). In dem einen Fall, einen 41 jähr. Metzger betreffend, kam es zur vollständigen Mumification und Abstossung der Nagelglieder der vier Finger der linken Hand, während rechterseits die Gangrän mehr oberflächlich

auf Nagel und Nagelblatt und Haut der Volarfläche des Nagelgliedes der beiden letzten Finger beschränkt blieb. Der Befund war ähnlich wie nach Ergotinvergiftung und konnte man an Letztere denken, da die Nahrung des Kranken in letzter Zeit hauptsächlich aus Roggenbrod bestanden hatte; indess war dies auch bei seinen Kameraden, die dem Trunk nicht ergeben waren, der Fall gewesen und von diesen war kein einziger erkrankt. Der zweite Fall betrifft eine Köchin, die seit 10 Jahren im Alkoholgenuss excedirt hatte. Bei ihr bildeten sich zwei fünffrancstückgrosse Brandschorfe an genau symmetrischen Punkten der Dorsalfläche der Füsse. Sie starb im Delirium; die Autopsie konnte nicht gemacht werden. Bezüglich der Pathogenese ist es nach L. ausser jedem Zweifel, dass nervöse Einflüsse im Spiele sind, wenn auch über die Natur derselben gestritten werden kann. Aus der völligen Symmetrie der afficirten Partieen geht hervor, dass der Sitz der Erkrankung nicht peripher sondern central, wahrscheinlich im Rückenmark gesucht werden muss. L. meint, dass vielleicht geringfügige Verletzungen, Einwirkung von Kälte etc. bei den durch Alkoholabusus dazu disponirten Individuen den ersten Anstoss zur Ausbildung der Gangrän geben können. Die beschriebenen Zustände bieten verschiedene Analogien mit der von Raynaud unter dem Namen der Asphyxie locale symmetrique des extrémités beschriebenen Krankheit (s. dieses Centralblatt 1880 Nr. 48. S. 757). Im zweiten Theil seiner Arbeit bespricht L. ähnliche, bei Kohlenoxydvergiftung beobachtete Erscheinungen. Er beschreibt den Fall einer bis dahin gesunden, kräftigen Köchin, die nach kurzer Einwirkung des Giftes eine halbe Stunde lang asphyktisch gewesen war, dann aber abgesehen von allgemeiner Mattigkeit und geringen gastrischen Beschwerden sich scheinbar vollständig erholt hatte. Einige Tage später entstand entzündliches Oedem der ganzen linken Unterextremität; dieselbe hatte einen um 2 cm grösseren Umfang und eine um 3° C. höhere Temperatur als die rechte; die subcutanen Venen waren stark dilatirt, an verschiedenen Stellen fanden sich Gruppen von Purpuraflecken. Die Heilung der Affection nahm lange Zeit in Anspruch; erst nach 6 Wochen konnte Pat. als gesund entlassen werden. Indess schon nach 2 Tagen trat ein Recidiv ein; ausserdem bildete sich vollständige Parese des ersten, unvollständige des 2. und 3. Astes des rechten Trigeminus mit heftigem Hirnkopfschmerz und Formication auf der rechten Seite der Stirn. Im Anschluss an diesen Fall stellt L. eine Reihe ähnlicher aus der Litteratur zusammen, und fügt noch einige aus seiner Beobachtung hinzu, in denen er nach Kohlenoxydvergiftung das Auftreten verschiedener Hauteruptionen (Herpes, Pemphigus) sowie die Bildung von Brandschorfen constatiren konnte. Doch fehlte dabei — was er als unterscheidendes Merkmal von den nach Alkoholintoxication beobachteten ähnlichen Erscheinungen angesehen wissen will — jede Symmetrie und Regelmässigkeit des Auftretens. Nur der Intensität, nicht dem Wesen nach verschieden sind die Folgen der chronischen Kohlenoxydvergiftung, wie er sie bei verschiedenen Gewerben, bei Köchinnen und Büglerinnen, die den Tag über in kleinen, schlecht ventilirten Räumen arbeiten müssen, bei Eisengiessern etc. etc. beobachtet hat; ausser den bekannten Symptomen des Kopfschmerzes, Schwindels, der allgemeinen Abgeschlagenheit und tiefen Anämie hat

er die beschriebenen trophischen und vasomotorischen Störungen wenn auch geringen Grades öfters gesehen. Die Hartnäckigkeit der Symptome erklärt er aus der festen Verbindung des Kohlenoxyds mit dem Blutkörperchen-Hämoglobin, welche die Eliminirung des Giftes aus dem Organismus sehr verzögert. Je mehr Sauerstoffbedürfniss ein Thier hat, je lebhafter es ist, je stärker es sich bewegt, um so grösser ist die schädliche Einwirkung der Zumischung von kleinen Mengen Kohlenoxyd zur Athmungsluft; daher die ungemein grosse Wichtigkeit einer genügenden Ventilation in den Schulen, den Räumen, in denen die sehr sauerstoffbedürftige heranwachsende Jugend sich mehrere Stunden des Tages aufhält.

Brockhaus (Godesberg).

---

210. **Dr. F. Neumann** (Karlsruhe), **Poliomyelitis anterior subacuta, complicirt mit Leptomeningitis chronica.** (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 28, p. 589.)

Ein 37 jähr. Mann erkrankte Mitte Januar 79 mit Schwäche erst in den Beinen, dann in den Armen, welche mit Abmagerung einherging und derartig zunahm, dass P. von Mitte October ab fortwährend bettlägerig war. Daneben bestanden heftige, Nachts gesteigerte Schmerzen, besonders in den Unterschenkeln und Füssen. Die Bewegungen waren nie ataktisch oder unwillkürlich. Syphilis war auszuschliessen, Nervenkrankheiten in der Familie nicht zu Hause. Stat. praes. am 27. Dez. 1879: Atrophie sämmtlicher Extremitäten. Bewegungen mit denselben langsam und kraftlos aber sicher. Keine Sensibilitätsstörung. Alle Reflexe aufgehoben. Gang sehr mühselig und nur bei unterstütztem Rumpf möglich. — Die lähmungsartige Schwäche nimmt zu und erfasst auch den Rumpf. Die Bewegung der Arme, Hände und Beine wird fast ganz unmöglich. Die Hauptklage bilden die heftigen, besonders Nachts auftretenden Schmerzen in den Beinen, verbunden mit Paraesthesien, und zuweilen Gürtelgefühle. In den letzten 14 Tagen Katarrh mit quälendem Husten, reichlichem, zähen, rostfarbenen Sputum, dem entsprechend LH auf dem Schulterblatt eine ausgedehnte Dämpfung mit Rasseln und Bronchialathmen. Unter zunehmender Schwäche und Lungenoedem exit. letal. am 18. Jan. 1880. — Leichenbefund: Atrophie der Muskeln der Extremitäten, weniger des Stammes, bedeutende Abmagerung. Caverne im linken Oberlappen, käsige lobäre Pneumonie im unteren Ober- und oberen Unterlappen. Frische Milartuberkel auf der Pleura pulm. etc. — Reichlicher Liquor spinalis. Leptomeningen an verschiedenen Stellen getrübt, Pia auch verdickt. In den weichen Häuten viele zerstreute weissse härtliche Knötchen, am meisten in der Nähe des Abganges der vorderen Rückenmarkswurzeln, die im Vergleich zu den hinteren verdünnt sind. Mark in toto auf dem Querschnitt verkleinert. Graue Substanz besonders im Hals- und oberen Brustmark stark reducirt, in den letzteren die Vorderhörner eingesunken und kaum zu erkennen. Am dünnen Schnitt geben diese mikroskopisch

ein eigenthümlich verdünntes Bild. Die Pia besteht aus derbfaserigem Gewebe mit rundlichen Zellen und Kernen, ihre Fortsätze sind meist verdickt. Der Centralkanal und seine Umgebung ist angefüllt von runden Zellen mit mehrfachen Kernen. Die weissen Stränge sind, abgesehen von der Grenzzone der Vordersäulen normale. Die Volumsverminderung des ganzen Marks ist auf die Verschmälerung der Vorderhörner und deren Seitenpartien zu beziehen. Auffallend ist, namentlich in der Cervicalanschwellung, die unbestimmte Grenze der Vorderhörner gegen die Vorder-Seitenstränge. Die graue Substanz der Vorderhörner besteht gegen den Centralkanal hin aus viel weitmaschigerem lockeren Gewebe als am Rande. Die Nervenfasern sind spärlicher als in der Norm, „die Züge von Axencylindern, welche die Vorderhörner von den weissen Strängen abscheiden und im Innern derselben die Ganglienzellengruppen trennen und begrenzen, sind theilweise nur schwach angedeutet, fehlen auch zum Theil ganz". Die Ganglienzellen der Vorderhörner sind in allen Schnitten im Cervical- und Brustmark der Zahl nach vermindert oder der Gestalt und Grösse nach reducirt; ihre Zahl schwankt für ein Vorderhorn zwischen 5 und 15, incl. der zur Hälfte des Volums reducirten. Von den Vorderhörnern strahlen nur wenige, oft gar keine Nervenfasern zu den vorderen Wurzeln aus. Zwischen den Ganglienzellen zahlreiche, vertikal gestellte, glänzend punktirte Kerne, die durch ihre lebhafte Tinktion den Vordersäulen eine stärkere Färbung geben. — N. ist der Ansicht, dass die Stützsubstanz das Ersterkrankte sei, „dass eine formative Reizung bestand, als deren Residuum Atrophie und ungleiche Verdichtungen im Gebiete der feinsten Maschen und Stützfasern zu betrachten sind —; mit anderen Worten: umschriebene, auf das erweiterte Gebiet der Vorderhörner beschränkte Sclerosen mit mehr oder weniger verbreiteter Atrophie". — In einem untersuchten Ischiadicus fand sich in kleinen umschriebenen Herden das Perineurium verdickt. Aus dem Quadriceps femoris entnommene Muskelpräparate zeigten, dass die Muskelfasern durch ein lockeres, weitmaschiges, kerndurchsetztes Sarkolemm getrennt, die Primitivbündel meist fettig degenerirt waren. Die Dicke der einzelnen Fasern wechselte, in den Gebieten grössten Zerfalls war das anliegende Sarkolemm vielfach gewuchert.

Die Diagnose bot keine erheblichen Schwierigkeiten. Die gleichmässige symmetrische Lähmung und Atrophie der Extremitäten-Muskeln, die aufgehobenen Reflexe, das Fehlen von Ataxie, die vollständig erhaltene Sensibilität, der gänzliche Mangel von Symptomen einer bulbären oder centralen Affection, von Kontrakturen, von Störungen im Gebiete der Sphinkteren, endlich von Decubitus, alles dieses liess jede andere Affektion (sclerotische Prozesse in den Leitungsbahnen zum Gehirn, Affektion der Hinter- und Seitenstränge, progressive Muskelatrophie, Bulbaerparalyse etc.) ausschliessen und wies auf eine Poliomyelitis anter. subacuta hin, während die ungewöhnlichen Schmerzen und Parästhesien zur Annahme einer Betheiligung der Rückenmarkshäute drängten. Die Knötchen auf den Rückenmarkshäuten deutet N. nicht als Tuberkel sondern als Psammome (Leyden).

Der Fall ist desshalb von besonderem Interesse, weil er nach kaum halbjähriger Dauer zur Sektion kam, so dass die Verhältnisse

der Erkrankung „auf halbem Wege zwischen Beginn und völligem Ablaufe des Leidens zu fixiren“ waren. Er bestätigt die oft konstatirte Degeneration der grauen Vordersäulen als anatomische Formel für die acute und subacute spinale Lähmung mit Muskeldegeneration, und es ist dem Verf. befremdend, wie Eisenlohr bei Gelegenheit eines ähnlichen Falles mit negativem Befund von der „äussersten Rarität sicherer, positiver Rückenmarksbefunde“ sprechen konnte.

Stintzing (München).

---

211. **Dr. F. Neumann** (Karlsruhe), **Myelitis cribrosa der Medulla und des Rückenmarks durch Compression der Medulla bedingt.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, p. 579.)

Eine 42 jährige Frau, früher luetisch, erkrankt an ihrem jetzigen Leiden im Herbst 1877. Es entwickelt sich eine linksseitige Hemiplegie. Am 1. Januar 1878 bekommt sie einen apoplektiformen Anfall, im August 1878 Schwindelanfälle, Zittern in den Extremitäten, Brustbeklemmung. In den letzten 2 Jahren war der Gang unsicher und nicht ohne Stütze möglich. Seit 4 Wochen bestehen heftige Athembeklemmung, tonlose Stimme, laut pfeifendes Athmen, Schlingbeschwerden. Der Stat. praes. des P., welche einen sehr dementen Eindruck macht, weist am 14. August Folgendes auf: Parese der rechten Gesichtshälfte, rechtes Bein magerer als das linke, letzteres aber schwächer. Hochgradige Athemhemmung, Kehlkopf und Trachea bieten kein Athemhinderniss. Rechtsseitiger Accessorius-Krampf, rechtsseitige Lähmung der Inspirationsmuskeln sowie des Zwerchfells. Schlingbeschwerden. Puls klein, regelmässig, beschleunigt. — Die Athemnoth steigerte sich in den letzten 2 Tagen bis zum höchsten Grad. Am letzten Tage aussetzender Athem, Lungenoedem, exitus letalis (am 18. Aug.).

Sektionsbefund: Mässiger Hydrops ventriculorum. Unter und über dem Foramen magnum neben der rechten Hälfte der Medulla ein Tumor von der Grösse und Gestalt einer kleinen Aprikose und von der Konsistenz eines harten Fibroms. Mikroskopisch erweist er sich als epitheliomartige Geschwulst mit sehr derbem Stützgewebe. Die Pyramidenstränge rechts sind theilweise verschmächtigt und verdrängt, die Nervenwurzeln des 12., 11. und 10. Paares rarefizirt. Ein Zug von Accessoriusfasern ist durch Einschnürung zu Grunde gegangen. Die Kompression erfolgte durch den Druck des harten Tumors auf das weiche Corpus restiforme, welches verzerrt und seitwärts verschoben wurde. Vagusfasern sind ebenfalls untergegangen oder nur schwach angedeutet. Am Boden des 4. Ventrikels ist der Hypoglossuskern etwas in die Länge gezogen, und verschmälert, Andeutungen finden sich vom Accessoriuskern, zersprengte kleine Ganglienzellen erinnern an den Vaguskern, das sog. Respirationsbündel fehlt rechts. Mikroskopisch: „Allen Theilen gleichmässig — vom oberen Ende des Pons ab bis zum Austritt des 2. Cervicalnerven unterhalb der Pyramidenkreuzung und zwar in der komprimirten und nicht komprimirten Seite —

eigen ist schon bei mässiger 30—70-facher Vergrösserung ein reichlich siebförmig durchlöchertes Ansehen der Schnitte und zwar so, dass sowohl die Längs- als Querfaserzüge der Nerven mit und ohne Markscheide fein durchlöchert erscheinen". Die Ganglienlager sind fast durchgehends frei von der siebförmigen Durchlöcherung. Die hellen Lücken befinden sich zwischen Zacken schräg aufsteigender nackter Axencylinder und Querschnitten von markhaltigen und marklosen Nervenfasern, welche von Zügen feinster und verdickter, vielfach variköser Nervenfasern umgeben werden. Sie kommen auch in Längsfaserzügen vor, enthalten hier wie dort feinste Faserreste und bilden offenbar die Reste rareficirten Neurogliagewebes. Das Neurogliagewebe, theilweise erhalten, dient den Nervenfasern zur Stütze, theilweise sind jedoch die letzteren in der feinfilzigen Neurogliawucherung untergegangen. Zerstreut im Gewebe finden sich ferner verdickte Nervenfasern und gefärbte, zahlreiche Kerne. Die „Lückenbildung im ganzen mehr oder weniger entarteten Gewebe der Med. oblong. und ihrer Fortsetzungen nach oben und unten beherrscht so sehr den Gesammteindruck des Bildes, dass Verf. „für diese Form von Myelitis die Bezeichnung der lacunären oder cribrösen Myelitis vom anatomischen Standpunkt aus für die entsprechendste" hält. Allen Lücken im komprimirten Gewebe gemeinsam sind die Begrenzung und Ausfüllung derselben durch verdickte, gequollene und variköse Nervenfasern. Durch Druck gehen Faserbündel zu Grunde, und dieser Ausfall von Gewebselementen mag als Reiz auf die Neuroglia gewirkt haben, so dass vielfach eine Art sklerotischer Verdickung sich um die Lücken bildete. Das Vorkommen der Lücken in beiden Hälften der Medulla erklärt sich aus dem wenngleich einseitigen Druck auf das weiche Gewebe der Medulla, zum Theil aus dem durch die Raphe fortgesetzten krankhaften Reiz. Die Lücken sind im Pons bis zum oberen Ende des Calamus scriptorius zu verfolgen; die Ursprünge des Facialis, Acusticus und Abducens, sowie die aufsteigenden Pyramidenfasern sind nur soweit durchlöchert, dass noch sehr reichliche Nervenfasern übrig bleiben. Im obersten Theile des Pons finden sich auch reichliche, aber grössere Lücken. Der oberste Theil des Rückenmarks ist, soweit N. denselben erhalten konnte, der oblongata entsprechend. Auch hier ist die graue Substanz frei von Lücken, während die weissen Stränge durchlöchert sind. N. konstatirt sekundäre absteigende Veränderung der Hinterstränge mit denselben multilakunären Räumen. Das rechte Vorderhorn ist schmaler als das linke.

N. hatte die frühere Hemiplegie und die später entwickelten Symptome für unabhängig von einander gehalten. Alle Momente: Schwäche im rechten Facialis, Krämpfe im Accessoriusgebiet, Veränderungen der Stimme, Lähmung der rechten Inspirationsmuskeln und des rechten Phrenicus, konstante Pulsbeschleunigung ohne Fieber, die Dyspnoe ohne Lungen-, Herz- oder andere Affektionen, sowie die Schlingbeschwerden im Gebiet der Rachenkonstriktoren hatten N. vor dem Tode auf eine umschriebene Erkrankung in oder an der rechten Hälfte der Med. oblong. hingewiesen. Das Letztere bestätigte die Sektion, aber auch die linksseitige Parese unterhalb der Pyramidenkreuzung liess sich nach dem anatomischen Befund auf den Ausfall zahlreicher

Leitungsbahnen zurückführen. Für den apoplektischen Anfall fand sich im Gehirn kein Anhaltspunkt, derselbe ist daher auch der Druckwirkung des vielleicht ungleich rasch wachsenden Tumors zuzuschreiben. Die rechtsseitige Phrenicuslähmung ist vielleicht auf die Degeneration des Respirationsbündels zurückzuführen, mit dessen Fasern doch wohl der Phrenicus zusammenhängt. „Nachdem fast 3 Jahre die wesentlichsten Erscheinungen sich auf die verbreitete Störung im Verlauf der leitenden Fasern von den Hinterschenkeln ab durch das Rückenmark beschränkt hatten, . . . scheinen die Vagusveränderungen erst in den letzten Monaten sich zu ihrer tödtlichen Bedeutung ausgebildet zu haben“.

Stintzing (München).

---

212. **P. Guttmann** und **H. Smidt, Ueber Vorkommen und Bedeutung der Lungenalveolarepithelien in den Sputis.** (Zeitschr. für klin. Med. III. 1. 1881.)

Um die einzelnen Zellformen in den Sputis deutlicher in Erscheinung treten zu lassen, bedienten sich Verf. der Färbung der Sputa (die von nahezu 200 Kranken der verschiedensten Krankheitskategorien stammten) mit Methylanilin (1 : 1000 Wasser) und des Methylenblau (1 : 1000 Wasser).

Die Alveolarepithelien kommen in sphärisch gestalteten Formen in den Sputis vor und haben den 2—4 fachen Durchmesser der farblosen Blutkörperchen.

Auch bei ganz gesunden Individuen findet zeitweise eine Desquamation von Alveolarepithelien statt und zwar findet man sie namentlich in den des Morgens entleerten Sputis. Die Myelindegeneration der Alveolarepithelien ist keineswegs charakteristisch für irgend eine Form der Lungenerkrankung (Buhl's Desquamativ-Pneumonie). Man findet sie ebenso gut bei der croupösen Pneumonie, wie bei der Phthise wie bei jeder nicht endzündlichen Parenchymerkrankung hin und wieder auch bei gesunden Individuen über 30 Jahren.

Da bei jüngeren Individuen (unter 30 Jahren) eine Desquamation von Alveolarepithelien weder im gesunden Zustande noch bei Catarrh der Bronchien stattfindet, sondern nur bei Erkrankungen des Lungenparenchyms, so kann man bei Ausschluss aller übrigen Erkrankungen (Oedem — Hypostase — Pneumonie etc.) auf Grund solcher Sputa die Alveolarepithelien enthalten, den Sitz der Erkrankung ins Lungenparenchym verlegen, wenn auch die physikalische Untersuchung noch keinerlei Anhaltspunkte gibt.

Seifert (Würzburg).

---

213. **Panizza** (München), **Ueber Myelin, Pigment und Epithelien im Sputum.** (Deutsches Archiv f. klinische Medic. XXVIII, 4. 5. 1881.)

Die Meinungen über den Werth des schon lange mit der Phthise in Zusammenhang gebrachten Bestandtheiles des Sputums, das Pigment, sind noch in jüngster Zeit getheilt. Verf. macht sich zur Aufgabe, über diesen und zwei andere Bestandtheile des Sputums über Myelin und Epithelien genaue Untersuchungen anzustellen. Auch gesunde Menschen husten des Morgens eine gewisse Menge Secret aus, dass je nach dem Aufenthalt in staubfreier oder staubhaltiger Luft aufsteigende Farbennüancen vom hellsten Grau bis zum vollständigen Schwarz zeigt. Mikroskopisch enthalten diese Sputa pigmentirte Zellen und Myelin quantitativ verschieden im Verhältniss zur Menge des eingeathmeten Staubes.

Von den nur bei brauner Induration und echter Melanose vorkommenden echten Pigmentzellen (d. h. mit aus dem Blutfarbstoff stammenden Pigment gefüllten Zellen) sind zu unterscheiden die unechten Pigmentzellen, deren Gehalt an gefärbten Bestandtheilen auf das Eindringen von Staub aus der eingeathmeten Luft zurückzuführen ist.

Neben diesen Zellen findet man pigmentfreie Zellen, welche grosse runde Kugeln, gefüllt mit verschieden kleinen, hellen, glänzenden Tröpfchen darstellen „myelin degenerirte Zellen" (Buhl). Nach den Untersuchungen von P. unterscheiden sich „Pigment und Myelinzellen" nur durch den Pigmentgehalt, so dass man auch die Bezeichnung pigmentfreie und pigmenthaltige Myelinzellen nehmen könnte. Myelin findet sich im Sputum auch frei in Form von hyalinen blassen Tropfen mit hellem Centrum oder als längliche faden-, spindel- und keulenförmiger Gebilde, die ihrem Verhalten den Säuren und Wasser gegenüber sich als identisch mit Mucin erweisen. In den Sputis von 500 (zum Theil gesunden) Individuen fanden sich in 54 % pigmenthaltige oder freie Myelinzellen und freies Myelin.

Aus diesen Untersuchungen wird der Schluss gezogen, dass das Auftreten von pigmentirten Zellen und Myelin ein dem normalen Respirationssecret aller Menschen zukommender Befund ist und keinen diagnostischen Werth für den Kliniker besitzt.

Um die Frage, wo und unter welchen Bedingungen Myelin und Pigmentzellen und freies Myelin entstehen, welcher normale Stoff in Lunge oder Respirationsschleimhaut es ist, der Myelinformen annimmt, wurden erst Experimente an einer Reihe von Hunden angestellt über Eindringen von Russ in die Lungen. (Die Thiere wurden genöthigt in einem mit Russ erfüllten Kasten stundenlang zu respiriren und dann getödtet). Da die Untersuchung an der Schleimhaut zu keinem Resultat führte, wurden Beobachtungen an der Respirationsschleimhaut des lebenden Frosches gemacht, aus denen hervorgeht, dass Myelinzellen und freies Myelin das normale Produkt der auf der flimmerepitheltragenden Respirationsschleimhaut aller Säugethiere und Amphibien sich findenden Becherzellen sind.

Aus den Vorgängen auf der bestaubten Froschschleimhaut zieht Verf. den weiteren Schluss, dass die pigmenthaltigen Myelinzellen im Sputum von den die Becher verlassenden Myelingebilden abstammen und sich durch amöboide Fremdkörperaufnahme zu Körperzellen umwandeln und dass ferner die pigmentfreien Myelinzellen im Sputum (myelindegenerirte) und pigmenthaltigen (Pigment- oder Körnerzellen) sowohl ihrer Genese (aus den Becherzellen) nach als auch ihres Hauptinhaltes nach (Mucin in Myelinform) identisch sind und sich nur durch den Gehalt an Fremdkörpern unterscheiden. Es kommt also eine diagnostisch-klinische Bedeutung weder den pigmentfreien noch pigmenthaltigen Myelinzellen im Sputum zu.

Was das Vorkommen des Alveolarepithels im Sputum anlangt, und die darauf sich stützende Diagnose der Lungenphthise im frühesten Stadium, so kommt Verf. im Einklang mit Fischl und Heitler zu der Anschauung, dass die Angaben Buhls (Desquamativ-Pneumonie) haltlos seien, da man die für die genuine Desquamativ-Pneumonie im Sputum beschriebenen Zellformen auch bei allen andern mit Auswurf einhergehenden Affectionen fand.

Schliesslich ist noch eines normalen Befundes beim gesunden Menschen zu erwähnen, dass Micrococcen in verschiedener Grösse und oft in Sarcinestellung die Epithelien der Mundhöhle durchsetzen.

Seifert (Würzburg).

---

214. **Gerhardt, Ueber Durchbruch eines Empyems in die Lunge, zischendes Geräusch beim Husten, vorübergehende Erscheinungen von Pneumothoraxheilung.** (Verhandlungen d. physik.-medic. Gesellschaft in Würzburg 1881.)

Bei einem 31 jährigen Mann entwickelte sich nach einer Pneumonie ein rechtsseitiges eitriges Pleuraexsudat, dessen Punktion für nöthig gehalten wurde. In der Nacht vor dem bestimmten Punktionstermin wurde durch einen heftigen Hustenanfall eine grosse Menge eitrigen Sputums entleert, dabei Sinken der Temperatur (auf 36,4), Abnahme der Exsudatgrenze um Daumenbreite.

Etwa 7 Tage nach diesem Hustenanfall (inzwischen Fortdauer der reichlichen Expectoration) hörte man in der Höhe des 6.—8. Brustwirbels nahe dem inneren Rande der Scapula „ein, die Mitte der Exspirationsbewegung einnehmendes sehr hohes feinblasiges Rasselgeräusch, das für jeden Beobachter grösste Aehnlichkeit mit dem Zischen eines Aetherzerstäubers darbot". Nach 10-tägiger Dauer (es war bei jeder Hustenbewegung hörbar) verschwand dieses „Spraygeräusch".

Einige Zeit lang waren Symptome von Pneumothorax (Metallklang, metallklingendes Exspirationsgeräusch, Succussionsgeräusch) aufgetreten.

Nach etwa 6 wöchentlicher Krankheitsdauer völlige Heilung.

Aus diesem Falle und 4 weiteren ähnlichen Fällen, die von Gerhardt auf der hiesigen Klinik beobachtet wurden, darf man viel-

leicht die Regel entnehmen, bei Empyem nach Pneumonie in Erwartung solch günstigen Ausganges zu operativem Eingriffe möglichst spät erst sich zu entschliessen, da mit der Uebertragung der Entzündung von der Lunge auf die Pleura der erleichterte Durchbruch in die Luftwege in engem Zusammenhang stehen dürfte.

Seifert (Würzburg).

---

215. **Carlo Raimondi, Empiema operato singolare per gravi complicazioni e successioni morbose.** Empyem-Operation, bemerkenswerth durch schwere Complicationen und Folgekrankheiten. (Annali universali de Medicina e chirurgia 1881. Heft 4.

Bei einem 16 jr. j. Mann von schwächlicher Constitution hatte sich ein linksseitiges Empyem gebildet, das hinten bis zur Spina scapulae reichte, vorne besonders die untern Thoraxpartieen stark vorwölbte. Zugleich bestand continuirliches von öfteren Schüttelfrösten begleitetes (pyämisches) Fieber und heftiger Durchfall, nach R. Folge einer secundären, ulcerirenden, folliculären Enteritis. Am 1. Mai 1880 wurde durch die Punction c. 4 Liter eines dicken grünlichen Eiters entleert, und die Höhle anfangs mit 2% Carbollösung, später mit 5—7% Salzlösung ausgespült. Unmittelbar nach der Operation entstand quälender Husten mit wenig serös-schleimigem Auswurf, der nach einigen Stunden spontan nachliess. Dann zwei Tage vollkommenes Wohlbefinden, am dritten Panophthalmitis des linken Auges, die mit vollständigem Verlust des Sehvermögens endigte. Bulbus verkleinert, Consistenz verringert, Pupille durch hintere Synechien verzerrt, ihre Oeffnung durch gelbliches Exsudat verschlossen. Hierauf wieder kürzere Zeit hindurch gutes Allgemeinbefinden. Am 6. Juni erneuter Anfall von Fieber und Durchfällen, Bildung zweier grosser subcutaner Abscesse auf und unterhalb des rechten Schulterblattes, starker Decubitus. Die Medication bestand in der Darreichung von Chinin, roborirende Diät und der Application von Klystieren mit Amylum, Tannin und Opium. Da die Eiterung aus der Thoraxfistel sehr gering geworden war, wurde Anfangs Juli der Versuch gemacht, die Drainröhre zu entfernen, doch musste dieselbe, da sich Fieber einstellte, noch für kurze Zeit wieder eingelegt werden, worauf dann völliger Verschluss der Fistel erfolgte. Am 7. September wurde Pat. als geheilt entlassen. Das Sehvermögen des linken Auges blieb erloschen; die linke Thoraxhälfte zeigte mässige Deformitäten und verringerte Beweglichkeit bei der Athmung.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. ausführlich die verschiedenen Behandlungs- resp. Operationsmethoden des Empyems, die ihnen anhaftenden Gefahren etc.; bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Betreffs der Ausspülung des Pleurasackes mit 5—7 % Kochsalzlösung glaubt er, dass an Stelle dieser verdünnten Lösung nach dem Vorgang von Houzé in Lille eine concentrirte (1 ClNa auf 3 H_2O) angewendet werden könne. Da Letztere specifisch schwerer als Eiter sei, werde derselbe durch sie

leichter aus den tiefsten Partieen des Pleurasackes ausgespült. Ob indess eine so concentrirte Salzlösung nicht zu stark reizende Eigenschaften besitze, müssten weitere Versuche ergeben. Die linksseitige Panophthalmitis glaubt er auf metastatischem Wege durch Eiterresorption entstanden.

Brockhaus (Godesberg).

---

216. Féréol, Atrophie cardiaque consécutive à une endo-péricardite ancienne et ayant porté principalement sur le ventricule droit. Atrophie des Herzens, besonders des rechten Ventrikels, in Folge von alter Endo-Pericarditis. (L'Union Médicale 1881. Nr. 69.)

Der Fall betrifft ein 24 jähr. Mädchen, welches von ihrem 10. Lebensjahre an — bis zu diesem Zeitpunkte fehlt die Anamnese vollständig — gesund gewesen war; nur während des Winters wurden zuweilen leichte Anschwellung und cyanotische Verfärbung der Hände und des Gesichts beobachtet. Im 23. Lebensjahre die ersten Klagen über Herzklopfen und erschwertes Athmen. Dann entwickelte sich allmählich Anasarka und Ascites. Bei der Aufnahme ins Hospital — 1 Monat vor dem Tode — ergab die Untersuchung: Starker Ascites und Anasarka, Puls klein und unregelmässig; Herzdämpfung verbreitert, Spitzenstoss kaum fühlbar, Herztöne dumpf und schwach, keine abnormen Geräusche, zuweilen Verdopplung des ersten Tones. Im Urin kein Eiweiss. Unter dem Gebrauch von Digitalis und Milchdiät besserte sich der Zustand etwas; nach Verlauf einiger Tage konnte man ein leichtes hauchendes Geräusch, am besten in der Mitte der Herzgegend hörbar, constatiren. Die Besserung schritt noch einige Zeit fort, dann trat plötzlich, ohne erkennbare Ursache, unter heftiger Dyspnoe, Fieber und Erbrechen der Tod ein. Die Autopsie ergab: das 290gr schwere und mit einer mehrere Millimeter dicken pericarditischen Schwarte umgebene Herz schwimmt in einer etwas öligen transparenten Flüssigkeit. Keine Adhärenzen zwischen den Blättern des Pericards. Der rechte Ventrikel beginnt 3 cm von der Herzspitze und erscheint als ein kleiner Appendix des linken. Rechter Vorhof und Herzohr stark dilatirt, ihre Wandungen verdickt. Der Hohlraum des rechten Ventrikels nahezu verschwunden; die Tricuspidalöffnung stark dilatirt; die verkürzten Klappensegel sind durch die geschrumpften Sehnenfäden und atrophischen Papillenmuskeln fest an die Wand des Ventrikels angezogen. Das Endocard stark verdickt, glänzend, an verschiedenen Stellen atheromatös entartet und ossificirt, besonders stark um die Einmündungsstelle der Pulmonalis, deren Klappen indess gesund und schlussfähig sind. Das Muskelgewebe zwischen den verdickten Platten des Endo- und Pericards nahezu verschwunden. In der Wandung des rechten Vorhofs und noch mehr des Herzohres ungemein stark entwickelte Muskelbündel. Der Hohlraum des linken Ventrikels ebenfalls verkleinert, die Papillarmuskeln verdickt. Mitralis und Aortenklappen normal, ebenso Aorta und grosse Gefässe. Leber klein, atrophisch, auf dem Durchschnitt

genau das Bild der cirrhotischen Säuferleber darbietend. In den übrigen Organen nichts Bemerkenswerthes.

In der Epikrise führt Verf. aus, dass der rechte Vorhof ganz die Functionen des rechten Ventrikels übernommen hatte; die Anordnung gleiche in etwa der des Herzens der Batrachier (2 Vorhöfe, 1 Kammer), nur dass sich nicht, wie dort in dem einfachen Ventrikel beide Blutarten mischen. Aus der vollständigen Unbeweglichkeit der Tricuspidalis bei normalem Verhalten der übrigen Klappen erklärt sich das Fehlen der abnormen Geräusche und des Venenpulses. Ob im vorliegenden Falle ein congenitaler Krankheitsprozess anzunehmen ist, wagt Verf. nicht zu entscheiden; er glaubt, dass der endo-pericarditische Prozess jedenfalls schon eine Reihe von Jahren bestanden hat, trotzdem, abgesehen von der erwähnten während des Winters öfters eintretenden Anschwellung und cyanotischen Verfärbung der Hände und des Gesichts, prägnante Symptome fehlten.

Brockhaus (Godesberg).

---

217. **E. Ingerslev** (Kopenhagen), **Beitrag zur Albuminurie während der Schwangerschaft, der Geburt und der Eklampsie.** (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. B. VI. Heft 2.)

Verf. kommt in seiner Arbeit zu den Schlüssen: „dass das Auftreten der Albuminurie und ihre Abhängigkeit von verschiedenen Leiden des Nervensystems auf vielen pathologischen Gebieten constatirt ist, und dass Manches für ihre Deutung als ein accidentelles, von pathologischen Zuständen im Centralnervensystem abhängiges und mit diesen aufhörendes Phänomen spricht“, und ferner „dass Nichts berechtigt, die Albuminurie bei Eklampsie mit der Albuminurie, welche oft während der Geburt, bedingt durch die Geburtsarbeit, erscheint, zu parallelisiren, dass erstere aber im Ganzen als Ausdruck einer besonders acuten Nephritis hervortritt, und dass gewisse Observationen bestimmt darauf deuten, dass Albuminurie und Nierenaffection bei Eklampsie ein dieser coordinirtes Phänomen möglicherweise durch ein und dasselbe Causalmoment, eine vasomotorische Reflexneurose, hervorgerufen sein können“.

Kocks.

---

218. **Dr. Dochmann, Ueber die Behandlung der Albuminurie mit Fuxin.** (Vorläufige Mittheil. aus der Klinik von Prof. Winogradoff. Wratsch 1881. Nr. 11.)

1. Fuxin vermindert den Eiweissgehalt im Harn in vielen Fällen der Albuminurie.

2. In einigen Fällen ist eine solche Verminderung des Eiweisses im Harn täuschend und ist die Möglichkeit eines Ueberganges desselben in Peptone zu erwägen, was durch verschärfte Säurereaction und durch

vermehrten Peptongehalt im Harn, der 24 Stunden gestanden hat, wahrscheinlich erscheint.

3. Die Möglickeit einer derartigen Täuschung muss man stets berücksichtigen, wenn nach Fuxingebrauch der entleerte Harn nicht ganz frisch untersucht wird.

4. Die nach Fuxingebrauch aufgetretene Verfärbung des Harns kann als Maassstab der Wirkung des Fuxins auf Albuminurie nicht dienen, da sie von verschiedenen Gründen abhängig ist; man beobachtet bisweilen die eingetretene Verminderung des Eiweisses im ungefärbten Harn und umgekehrt.

5. Die therapeutischen Dosen des Fuxins (Rp. Fuxini ab arsenico depurati dgr. I, sacch. albi dgr. v. M. f. p. — D. S. 2—4 Pulver täglich) üben auch bei langem Gebrauch auf den Organismus keinen schädlichen Einfluss.

6. Fuxin muss als ein nützliches symptomatisches Mittel in der Behandlung der Brightschen Krankheit angesehen werden.

Verf. verspricht die ausführliche Beschreibung seiner Beobachtungen über die Wirkung des Fuxins bald zu veröffentlichen.

Krusenstern (Petersburg).

---

219. **Leuder** (Kissingen), **Zur Kaltwasserbehandlung des Typhus bei Kindern** (Veröffentlichungen der Gesellsch. f. Heilk. in Berlin. Oeffentliche Versammlung der pädiatrischen Section am 5. und 6, April 1880.)

Ein 13jähriger Knabe erkrankte am Thyphus; die Temperaturen waren in der ersten Woche am höchsten, fielen dann in der zweiten, Ende der dritten Woche erreichten sie den niedrigsten Grad und zeigten dann wieder ein staffelförmiges Aufsteigen; Fieber bestand während 58 Tagen; der behandelnde Arzt liess 2 stündige Messungen vornehmen und verordnete, sobald die Temperatur 39° betrug, ein Bad von 16° C. und zwar Tag und Nacht; als dann nach 4 Wochen die Temperatur nicht nachliess, die Milzanschwellung nicht zurückging, wurde Leuder zugezogen, welcher erst bei 39,5 baden liess und ausserdem noch Chinin und Salicylsäure verordnete. Als dann schliesslich unter dem Gebrauch der Bäder eine rheumatische Complikation, eine diffuse Bronchitis eintrat, wurden die Bäder ausgesetzt und der Typhus ging schnell zu Ende. Verfasser glaubt, dass die zu enragirte Abkühlungsmethode den Typhus in die Länge gezogen habe, dass das lange Bestehen der Milzanschwellung und die Complikation an der Bronchitis einzig und allein der langen Anwendung der kalten Bäder zuzuschreiben sei und räth deshalb, nicht so rasch von dem alten Bewährten abzugehen.

Kohts (Strassburg).

---

220. **O. Brun, (Luzern), Ueber die Verwendbarkeit des Podophyllins und Podophyllotoxins in der Kinderheilkunde.** (Arch. für Kinderheilkunde 1881. Zweiter Band 6. u. 7. Heft.)

Trotz des hohen Ansehens, in welchem das Podophyllin schon lange in England und Frankreich steht, wurde dasselbe in Deutschland wenig beachtet. Es ist ein Präparat aus Rhizom, von Podophyllum peltatum, einer in Nordamerika wildwachsenden Berberidee; die Wurzel wird gepulvert, mit Alkohol ausgezogen, das Ganze zur Syrupdicke eingedampft, sodann mit der 3—10 fachen Menge Wasser versetzt und 24 Stunden stehen gelassen; es setzt sich dann das Podophyllin als harziger Körper ab, und stellt dann, in Wasser ausgewaschen und dann getrocknet, eine braune harzähnliche Masse dar; in Amerika und England ist dasselbe längst als vorzügliches Mittel gegen Leberleiden bekannt, in Frankreich wurde es seit Trousseau gegen chronische Stuhlverstopfung und Hämorrhoiden angewandt; in Italien gegen Cholelithiasis; in Deutschland hat das Mittel noch keine rechte Verbreitung gefunden. Die Dosis beträgt als Abführmittel für Erwachsene bis zu 0,08 grm.

Ueber die Anwendung des Podophyllin speciell bei Kindern ist wenig bekannt; Verfasser hat 30 Kinder, von denen er die Krankengeschichten kurz mittheilt, damit behandelt. Er verordnete:

Podophyllini 0,2
Solve in spirit. vini rectific. 1,0
syr. Rubi Idaei 40,0

DS. $^1/_2$—1 Kaffeelöffel zu nehmen.

Aus den gewonnenen Resultaten macht er folgende Schlussfolgerungen.

1. In der Dosis von 1—3 cgr ruft das Podophyllin bei Kindern bis zu 13 Jahren nach 4—9, oft erst nach 13—21 Stunden, 1—3 flüssige oder breiige Stühle hervor, nachdem oft vorher feste Entleerungen vorausgegangen.
2. An den folgenden 2—4 Tagen sind die Stühle breiig oder geformt weich.
3. Die Dosis ist für Kinder unter 1 Jahr $^1/_2$—1 cgr, für Kinder von 1—4 Jahren 1 cgr, für grössere 2 cgr.
4. Schädliche Nebenwirkungen traten bei diesen Dosen nicht auf oder dieselben sind gering.
5. Grössere Dosen (5—10 cgr) bewirken starke Uebelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und grosse Mattigkeit.
6. Als vorzügliches Mittel erweist sich das Podophyllin bei chronischer Verstopfung.
7. Bei Icterus ist ebenfalls die Wirkung eine gute.
8. Gegen Taenia und Oxiuris hat sich das Mittel nicht bewährt.

II. Podophyllotoxin.

Es wird auf folgende Weise dargestellt:

Der Chloroformextract der Wurzel von podoph. peltatum oder des Podophyllins wird eingedampft, der Rückstand dann mit Petroleumäther ausgelaugt, das zurückbleibende Pulver wieder in Chloroform gelöst, die Lösung 1—2 Tage in der Kälte stehen gelassen, der sich

ausscheidende gelbliche Stoff abfiltrirt, das Filtrat eingedickt und mit dem 100 fachen Volumen Petroleumäther vermischt. Das Podophyllotoxin scheidet sich nun als feines weisses Pulver ab und wird bei 30—40 ° C. getrocknet; es ist in Wasser nicht löslich, aber löslich in Chloroform, Aether und Alkohol.

Verf. wandte es bei 29 Kindern an und fand, dass dasselbe in entsprechender Dosis dem Podophyllin ganz ähnlich wirkt, nur ist die Dosis des Podophyllotoxins eine viel kleinere, sie beträgt für Kinder unter 1 Jahr 1—2 mgr, für Kinder bis zu 4 Jahren 2—4 mgr, für grössere 6—8 mgr. Verfasser verordnete:

Podophyllotoxini 0,05
spirit. vini rectific. gtt. 100.

DS. 2—10 Tropfen in einem Löffel Syrup oder Zuckerwasser zu nehmen.

Nach den gewonnenen Resultaten glaubt Verfasser beide Mittel für die Kinderpraxis empfehlen zu können.

1. Als Laxantia in allen Fällen, wo es nicht darauf ankommt, in kürzester Zeit flüssige Stühle hervorzurufen.

2. Als vorzügliches Mittel zur Behandlung der bei Kindern so häufigen Stuhlverstopfung oder Neigung zu hartem Stuhl.

3. Versuchsweise bei Icterus catarrhalis.

Kohts (Strassburg).

Neue Bücher.

Aret, Klinische Darstellung der Krankheiten des Auges, zunächst der Binde-, Horn- und Lederhaut, dann der Iris und des Ciliarkörpers. Mit 1 xylographirten Tafel. Wien, Braumüller. 6 M.

Gehle, Ueber die primäre Tuberculose der weiblichen Genitalien. Heidelberg. C. Winter'sche Univers.-Buchh. 1 M.

Goldscheider, Die Lehre von der specifischen Energie der Sinnesnerven. Berlin, Hirschwald. 1 M.

Hueter, Grundriss der Chirurgie II. Hälfte, specieller Theil. Erste Liefer. Die chirurgischen Krankheiten des Kopfes. Mit 108 Abbildungen. Leipz. F. C. W. Vogel. 5 M.

Kühne und Steiner, Ueber elektr. Vorgänge im Sehorgane. Mit 13 Holzschnitten und 2 Tafeln. Heidelberg, C. Winter's Univers.-Buchhdlg. 5 M. 40 Pf.

Leiter, Neuer Wärmeregulator und Irrigations-Apparat. Wien, Braumüller. 1 M. 20 Pf.

Reich, Arbeit und Lebensnoth aus dem Gesichtspunkte der Gesundheitspflege und des Humanismus betrachtet. Berlin, Hempel, 8 M.

Wölfler, Billroth's Resektionen des carcinomatösen Pylorus. Wien, Braumüller. 4 M.

Ziehl, Ueber die Bildung von Darmfisteln an der vorderen Bauchwand. Heidelberg, C. Winter's Univers.-Buchh. 1 M. 80 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. **9. Juli.** **Nro. 16.**

221. Dr. L. Warschauer (Krakau), **Eine Scarlatina-Hausepidemie, Beobachtungen über die Wirkung des Pilocarpinum bei Diphtherie.** (Archiv für Kinderheilkunde 1881, II. Band, 6. u. 7. Heft.)

Verfasser hat das Pilocarpin in 2 Fällen von Diphtherie, von denen der eine mit Scharlach complicirt war, und in einem Falle von Tonsillitis follicularis nach der Guttmannschen Vorschrift angewandt.

Pilocarpini muriatic. 0,02—0,03
Pepsini 0,6
Acid. muriatic. gtt. III
aq. destillat. 80,0
syr. cortic. Aurant. 10,0

DS. stündlich zwei Kaffeelöffel zu nehmen.

Die Fälle genasen, obgleich die Erkrankungen sehr schwer waren. Die Erscheinungen, welche das Pilocarpin machte, waren folgende:

1. Die constanteste Erscheinung war der Speichelfluss.
2. Uebelkeiten, welche sich bis zum Erbrechen steigern können.
3. Der Schweiss gehört zu den minder constanten Erscheinungen.
4. Myosis ad maximum ist selten, eine geringere Contraction einer oder beider Pupillen kommt häufig vor.
5. Collaps trat gewöhnlich nach profusen Schweissen auf.

Verfasser glaubt, dass die Anwendungsweise des Pilocarpin per os ein grosser Fortschritt sei und dass das Mittel auf diese Weise leichter zu handhaben sei, als mittelst der subcutanen Injectionen, welche zwar schneller, aber auch eingreifender wirken, und dafür auch gefährlicher namentlich bei Kindern werden können. Bei Anwendung des Pilocarpin müssen immer gleichzeitig Reizmittel gegeben werden.

Kohts (Strassburg).

---

222. **Arloing, Cornevin und Thomas, Mécanisme de l'infection dans les différents modes d'inoculation du charbon symptomatique. Application à l'interprétation des faits cliniques et à la méthode des inoculations préventives.** (Comptes rendus. 1881. Nr. 21.)

Die Verfasser fügen ihren früheren Mittheilungen über prophylactische Milzbrandimpfung folgendes Neue hinzu.

Bei der Inoculation des Giftes in den Digestionstractus trat keine Allgemeininfection auf; bei solcher in Trachea und Bronchien nur eine abortive, in allgemeinen, bald vorübergehenden Störungen bestehende Erkrankung; bei Injection in die Venen ebendasselbe oder bei grösseren Dosen eine intensivere Allgemeinstörung mit gleichzeitiger Tumorenbildung an den verschiedensten Körperstellen; am wirksamsten zeigte sich die Application in das (cutane, subcutane oder intramuskuläre) Bindegewebe, die schon bei kleineren Mengen des Giftes heftigere Allgemeinerkrankung, locale und allgemeine Tumorenbildung zur Folge hatte.

Um diese zweifachen Effecte — entweder bloss allgemein, doch gegen fernere Infection schützende Störungen oder gleichzeitge Tumorenbildung an den verschiedensten Körperstellen — und um die verschiedene Werthigkeit der Inoculationsstellen zu erklären, kommen die Verf. zu der Annahme, dass man zwei Phasen in der entwickelten Krankheit unterscheiden müsse: in der ersten finde eine Vermehrung des Parasiten im Blute statt, der aber durch das Gefässendothel verhindert werde, ins Bindegewebe, wo er die Bedingungen zur völligen Entwickelung finde, überzugehen, die zweite Phase sei die eigentliche zu Tumorenbildung führende Intoxication, die sich nach dem Uebertritt ins Bindegewebe vollzieht. Erzeugt man nämlich künstlich an Milzbrandthieren, die bloss fiebern, Hämorrhagien, so entstehen Knoten an diesen Stellen. Jedes Mal also, wo nach einer Injection in die Venen

ein Tumor auftritt, sei zu schliessen, dass das Mikrobion ins Bindegewebe eingedrungen sei — entweder durch einige zerrissene Gefässe oder durch Capillarporen oder durch einen dem embolischen Infarct analogen Prozess. Bei Impfung ins Bindegewebe theile sich die Giftmenge stets in zwei Theile, deren einer im Gewebe bleibt und locale Wirkungen erzeugt, während der andere ins Blut übertritt und sich dort wie bei directer Einführung in die Venen verhält. Bei Injection in die Luftwege könne der Parasit direct in die ganz oberflächlichen Lungencapillaren übertreten ohne Bindegewebe zu treffen.

Die Verf. haben bei 295 Rindern die intravenöse Inoculation gemacht, und es sei abzuwarten, ob die Thiere sich immun zeigen werden.

Lüderitz (Jena).

---

223. **H. Radclisse Crockes M. D., On the contagium of Impetigo contagiosa.** Ueber das Contagium der Impetigo. (Lancet 21. May 1881.)

Verfasser untersuchte den Inhalt von ungeborstenen Vesikeln bei Impetigo contagiosa, der in eingestochene Capillarröhrchen aufgefangen worden war, microscopisch und fand Micrococcen in Ketten und einzeln, Methylviolett färbte sie gut. Keine Bacterien waren anwesend. Verf. fand diese Micrococcen constant in den ungeborstenen Bläschen und Pusteln, hat jedoch noch keine Cultivations-Versuche gemacht.

Ludwig (London).

---

224. **L. Pfeiffer, Die Bedeutung der Jahn'schen Successivimpfung und der neuesten Gravitz'schen Pilzculturen für die Theorie der prophylactischen Impfung.** (Corresp.-Blätter des allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. 1881. Nr. 5.)

Verf. vergleicht die Resultate der von Bryce u. A. und in neuster Zeit von Jahn vorgenommenen Successivimpfung mit Pockenlymphe, dass nämlich bei den successiv an späteren Tagen ausgeführten Infectionen des Contagiums die Latenzperiode abgekürzt wird, mit den Thatsachen und Hypothesen, zu welchen Grawitz bei Impfungen mit Schimmelpilzen gelangt ist, und spricht die Hoffnung aus, dass auf dem Wege des Experiments die behauptete Identität der bei Menschen, beim Pferd und beim Rind vorkommenden Pockenform und die Gleichwerthigkeit der prophylactischen Impfung mit verschiedenen Vaccinestoffen sich müsse sicher nachweisen lassen.

Lüderitz (Jena).

---

225. Dr. H. A. Bampton, Three cases of poisoning by the Oenanthe crocata. Drei Fälle von Vergiftung mit Oenanthe crocata. (Lancet, 21. May 1881.)

Vergiftungen mit der Wurzel von Oenanthe crocata sind häufig in Hafenplätzen, da die Matrosen ausländischer Schiffe sie mit wildem Sellerie verwechseln.

Zwei der Fälle genasen, einer starb nach 5 Stunden. Die Symptome waren, kurz zusammengefasst: Mukelschwäche oder Paralyse, Magenreizung, Sehstörung, Schwindel, enorme Secretion von Bronchialschleim, ein wichtiges Symptom. Bewusstlosigkeit, Temperaturabfall, schwache Respiration, schwacher, langsamer Puls, weite Pupillen. Sectionsbefund: flüssiges Blut, Hirnhyperämie, Zeichen des Erstickungstodes und Extravasationen und hyperämische Flecken auf Magenschleimhaut. Therapie: Magenpumpe, Antidot, Tannin.

Ludwig (London).

---

226. Dr. Joseph Zit, Zur Casuistik der Carbolsäure-Intoxicationen bei Säuglingen. (Archiv für Kinderheilkunde 1880. I. Band. 12. Heft.)

Bei einem vollkommen ausgetragenen und gut genährten Kinde war am 3. Tage nach der Geburt die Nabelschnur abgefallen und der zurückgebliebene Stumpf war geröthet, geschwollen und secernirte einen dünnflüssigen Eiter, auch war die Umgebung geröthet. Rechts unterhalb des Nabels hatte sich eine mit eitrig-seröser Flüssigkeit angefüllte Blase gebildet. Temperaturerhöhung war nicht vorhanden; es wurde eine 2 % Carbolsäurelösung in Oel ordinirt, mit welcher die wunden Stellen 3—4 mal täglich bestrichen werden sollten. Ueber die wunden Stellen wurde noch eine dünne Lage von Carbolwatte gelegt; am 3. Tage nach dem Abfall der Nabelschnur hatten sich weitere neue Pusteln gebildet, theils in der Nähe des Nabels, theils an der Innenfläche des Oberschenkels. Stuhl- und Urinentleerung waren normal. Am 4. Tage nach Abfall der Nabelschnur hatte der Stuhl seine gelbe Farbe verloren, war grünlich und enthielt viel Schleim und unverdaute Käseklümpchen. Am 5. Tage hatten sich neue Bläschen an den Innenflächen der beiden Oberarmen und oberhalb der l. Brustwarze gebildet; weshalb die Mutter die afficirten Stellen häufiger und intensiver mit dem Carbolöl einschmierte und noch dazu ein grosses Stück Carbolwatte auf dieselben applicirte.

Den nächsten Tag wurde das Kind unruhig und erbrach zweimal; der Stuhl war grünlich verfärbt; ausserdem gab die Mutter an, dass das Kind selten und wenig urinire; der Urin war dunkel und hinterliess dunkle Flecke in den Windeln. Das Kind wurde apathisch und wimmerte anstatt zu schreien. Der Schlaf war unruhig, Urin wurde in der Nacht gar nicht gelassen. Temperatur war nicht erhöht, Puls und Respiration waren nicht beschleunigt; als dann die Behandlung mit

Carbolsäure sofort ausgesetzt wurde, war die Stuhl- und Urinentleerung nach 3 Tagen wieder normal und das Kind hatte seine frühere Munterkeit wiedererlangt. Die Pemphigusblasen hörten auf sich zu bilden und die Excoriationen heilten. Nach einigen Tagen bekam das Kind nun eine doppelseitige Mastitis, weshalb Einreibung mit Jodkalisalbe und Bedecken der Drüsen mit Watte ordinirt wurde und zwar nahm die Mutter Carbolwatte und hüllte die ganze vordere Brustwand damit ein; die Watte blieb 12 Stunden liegen (vom Abend bis zum Morgen). Schon in der Nacht wurde das Kind unruhig und hatte in der Frühe einen grünlich gefärbten Stuhl gehabt; die Carbolwatte wurde nun entfernt, aber trotzdem stellten sich alle Erscheinungen der Carbolvergiftung ein.

Das Kind war apathisch, es wimmerte leise. Das auffallendste, früher nicht beobachtete Symptom war das immerwährende Herausstrecken der Zunge, welches Symptom einen ganzen Tag anhielt. Dann erbrach das Kind zweimal. Urinmenge war vermindert und dunkel gefärbt. Erst am 4. Tage nach Application der Carbolwatte war das Kind wieder munter, und Urin und Stuhlentleerung wurden wieder normal.

Da die Intoxicationserscheinungen erst einen gefährlichen Charakter annahmen, nachdem grössere Stücke Carbolwatte sehr nahe an die Respirationsorgane auf die Brust applicirt waren, wo also das Kind längere Zeit die Emanationen aus der Carbolsäure einathmen musste, so nimmt Verfasser an, dass nicht so sehr die von den Wunden aus resorbirte Carbolsäure, sondern die derselben entströmenden und eingeathmeten Dämpfe zu der Intoxication am meisten beigetragen haben.

Kohts (Strassburg).

---

227. **Dr. A. Baginsky, Ein Beitrag zu den Gehirntumoren der Kinder.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 20. S. 281.)

Ein Knabe beginnt im Alter von 15 Monaten zu kränkeln, wird unruhig, schläft schlecht, schreit mitunter auf, knirscht mit den Zähnen etc. und magert dabei ab. Allmählich entwickelt sich folgender Symptomenkomplex (am 1. März): Grosse Blässe und Magerkeit, geringer Grad von Stupidität, Ptosis beider Augen, Sehaxe des linken Auges etwas nach innen abweichend, die Bewegungen der Bulbi nach oben, unten und links hochgradig, nach rechts in geringerem Grade beschränkt. Beim Gehen leichte Seitwärtsbewegung des Rumpfes und Kopfes nach links, Schleuderbewegungen mit dem linken Bein. Seit längerer Zeit Husten. RO eine intensive Dämptung, lautes Bronchialathmen, kein Rasseln. Behandlung mit Jodkali (1 gr pro die). Anfang April wurde die rechte Pupille etwas weiter wie die linke. Bald fing die Ptosis an nachzulassen und war am 23. April verschwunden, ebenso die Ungleichheit der Pupillen. Weiterhin bilden sich die Lähmungen der Augenmuskeln nach oben und unten, endlich diejenigen nach der Seite zurück, die Ernährung und der Gang bessern

sich. Die physikalischen Erscheinungen am Thorax bleiben bestehen. Vom 15. Mai an wird das Jodkali ausgesetzt, und Malzextrakt und Leberthran verordnet, wodurch das Kind immer blühender wird. Zuletzt sind auch die physikalischen Phänomene auf der Lunge gebessert.

Bezüglich des Krankheitsprozesses war, da alle Anhaltspunkte für eine einfache oder tuberkulöse Meningitis fehlten, eine Herderkrankung anzunehmen. Die Infiltration der rechten Lungenspitze liess einen käsigen (tuberkulösen) Herd im Gehirn vermuthen, wofür auch der langsame schleichende Verlauf sprach. — Es musste sich um eine Affection von der Ursprungsstelle der Nn. oculomotorii bis zur Ursprungsstelle der Nn. abducentes handeln. Der Gegensatz, in welchem die Intensität der Lähmungen in den Oculomotorii und Abducentes auf je einer Seite zu einander stand — hochgradige Lähmung des rechten Oculomot. und des linken Abducens, geringere des linken Oculomot. und des rechten Abducens — lässt sich mit der Annahme eines basalen Prozesses nicht vereinbaren, vielmehr weist er hin auf eine Affektion der Centra für die assoziirten Seitwärtsbewegungen und derjenigen für die assoziirten Augenbewegungen nach oben und unten. Da weder für Syphilis noch für eine andere Art von Tumoren (Sarkom oder Gliom) anamnestische Daten vorliegen, so liegt es am nächsten, einen tuberkulösen Tumor anzunehmen, wogegen nur der erstaunliche Heilerfolg Bedenken erregt. B. hält es jedoch nicht für unmöglich, chronische Infiltrationen der Lungen im kindlichen Alter unter geeigneter Diätetik zum Rückgang zu bringen, und im vorliegenden Falle ist ohne Zweifel nicht nur die cerebrale Affection, sondern auch die chronische Lungeninfiltration zurückgegangen.

Der 2. Fall betrifft einen Knaben von 7 Monaten, der bei guter Ernährung mit einem Caput obstipum (Kopf nach links) in Behandlung kommt. Dabei besteht starker Husten, diffuses Rasseln und Schmerzen am Thorax. Die Kopfhaltung bessert sich in wenigen Tagen, doch entwickelt sich allmählich eine Lähmung des linken Rectus intern. und linksseitige Ptosis, sowie rechtsseitige Abducens- und Facialis-Lähmung, später auch Ptosis des rechten Auges. Unter Behandlung mit Jodkali und Jodeisen bilden sich die Lähmungserscheinungen allmählich zurück. Zur Zeit besteht immer noch eine leichte Abducenslähmung. Das Kind ist aber munter und gut genährt. Die ehemals vorhandenen Erscheinungen: partielle Lähmung beider Oculomotorii, des r. Abducens und Facialis und frühere Affektion des Accessorius, weisen darauf hin, dass der Erkrankungsherd ebenfalls den Pons einnimmt. Bemerkenswerth ist auch in diesem Falle die allmähliche Rückbildung unter Gebrauch von Jodkali.

Stintzing (München).

---

228. **Dr. E. Remak, Zur Pathologie und Therapie localisirter Muskelkrämpfe.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 21, S. 289.)

1. Ein 29 jähr. P. hatte sich in Folge eines Falles einen Bluterguss in die rechte Paukenhöhle mit rechtsseitiger Schwerhörigkeit

und totale rechtsseitige Facialislähmung ohne Betheiligung des Gaumensegels und des Geschmacks (durch Hämorrhagie innerhalb des Kanal Fallop. und unterhalb des Abganges der Chorda tymp.) zugezogen. Unter galvanischer Behandlung stellte sich in ca. 4 Monaten in allen Facialisästen die Motilität leidlich wieder her nebst Spuren faradischer Nervenerregbarkeit. Bald aber traten auch Kontrakturen des Mundwinkels und mit dem Lidschlag synchrone Zuckungen fast im ganzen Facialisgebiet, vorwiegend von Seiten der Zygomatici auf, welche seitdem ca. 15 Monate unverändert fortbestehen. Dabei ist noch immer die elektrische Erregbarkeit, namentlich der Zygomatici, im Vergleich zur l. Seite herabgesetzt und lassen sich bei willkürlichen Bewegungen neben den Kontrakturen noch Spuren von Lähmung wahrnehmen. Da also, wie dieser Fall zeigt, im Gefolge von traumatischen Facialislähmungen dauernde Facialiskrämpfe auftreten können, so ist gewiss die (nach Eulenburg und Bernhardt) als Trauma wirkende Nervendehnung kein rationelles Heilmittel. — Pathogenetisch lassen sich diese nach Lähmung auftretenden Facialiskrämpfe nach R. Remak „auf einen in der Bahn des N. facialis vermöge seines doppelsinnigen Leitungsvermögens auf das Centralorgan fortgepflanzten Reizungszustand" zurückführen, ebenso wie Hitzig die von ihm als Mitbewegungen gedeuteten Kontrakturen „von einem auf die Facialiskerne in der Med. oblongata fortgepflanzten Reizungszustand" abhängig macht. Vielleicht aber genügt die Annahme, dass in Folge unvollkommener Regeneration der Nervenfaserbahnen „eine so präcis isolirte Innervation einzelner Gesichtsmuskeln, wie im normalen Zustand, nicht möglich ist".

2. Eine 52 jähr. Handarbeiterin leidet an den intensivsten Halsmuskelkrämpfen, welche wesentlich das Gebiet des rechten N. accessorius, jedoch auch die tieferen Genickmuskeln (Splenius, Biventer, Recti superiores etc. betreffen. Daneben bestehen in den kurzen Pausen starre Kontraktur der Nackenmuskeln, gelegentlich auch Kontraktion des L. Accessoriusgebietes, ein beständiger Spasmus nictitans des Sphincter palpebrarum beiderseits, und gleichzeitig oder kurz nach den Kopfbewegungen konjugirte Augenmuskelkrämpfe. Während des Schlafes Ruhe. 18 Jahre vorher hatte P. an fast gleichen Krämpfen gelitten und war durch tägliche galvanische Behandlung, welche in Applikation der Anode eines Stromes von 20—30 Elementen auf die Processus transversi cervicales dextri bestand, von R. Remak in ca. 6 Monaten vollkommen geheilt worden. Erst nach 15 Jahren traten die Halsmuskelkrämpfe wieder auf und nahmen trotz anfänglicher galvanischer Behandlung, an Intensität zu, bis sie nach fast 3 Jahren den beschriebenen Grad erreichten. R. verfuhr nun nach der eben angegebenen Methode seines Vaters und erreichte nach 84 Sitzungen eine solche Besserung dass P. wieder arbeiten kann. Es besteht noch ziemlich lebhafter Spasmus nictitans, aber ohne die früheren Rollbewegungen der Augen, und die früher fast kontinuirlichen rechtsseitigen Accessoriuskrämpfe sind von kürzerer Dauer und viel seltener geworden, während der Kopf wieder frei bewegt werden kann. Bei der gewöhnlichen Erfolglosigkeit anderer therapeutischer Massnahmen gegen derartige Krämpfe (Setaceum, ferrum candens, Nervendehnung u. a.) ist

dieser immerhin sehr erhebliche Erfolg der galvanischen Behandlung von Interesse, um so mehr, als durch dieselbe galvanische Applikationsmethode 2 Mal Besserung erzielt wurde, während anderweitige Applikation ohne Erfolg geblieben war.

3. Vier Wochen nach einem Falle bekommt ein 10jähr. Mädchen „rhythmische Krämpfe, durch welche das Kind anfänglich, sobald es auf die Füsse gestellt wurde, sprungartig in die Höhe geschnellt wurde“. Nachdem diese Sprungkrämpfe in einigen Monaten, zum Theil unter Arsenikbehandlung, vergangen waren, traten ziemlich starke „rhythmische Halsmuskelzuckungen, durch welche der Kopf in regelmässiger Folge etwa 60 mal in der Minute nach hinten gestossen wurde“, auf, welche besonders das Platysma beiderseits und die Nackenmuskeln, namentlich die Splenii betrafen. Daneben bestanden gelegentlich atypische Zuckungen im übrigen Facialisgebiet. Gestützt auf die Erfahrung an einem ähnlichen Falle, applicirte R. den positiven Pol eines ziemlich schwachen galvanischen Stromes auf den Nacken und erreichte durch konsequente Sitzungen (3 mal wöchentlich) in wenigen Monaten vollkommene Heilung.

„Anfänglich scheint es sich hier um ein den sogen. saltatorischen Reflexkrämpfen verwandtes Krankheitsbild gehandelt zu haben“. Den letzten Zustand bezeichnet R. als „eine, wahrscheinlich durch Emotion entstandene spastische Neurose sui generis ohne anatomische Basis“. Der Fall lässt sich nicht wohl unter eine der bekannten Krampfformen unterbringen. — Von Interesse ist die Besserung durch eine milde galvanische Behandlung des Nackens bei derartigen spastischen Neurosen, wobei R. gerade der Anodenapplikation eine besondere Bedeutung zuschreibt.

Stintzing (München).

---

229. **Dr. Bornemann** (Wernigerode) **Zur psychischen Behandlung hysterischer Motilitätsstörungen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 22, S. 313.)

Die Behandlung hysterischer Lähmungen muss auf die der Motilität übergeordnete psychische Funktion, auf den Willen, gerichtet sein. Sie ist nicht nur ein Heilmittel, sondern auch ein diagnostisches Mittel. Sie kann entweder in einer Ueberraschung, Shok oder in einer allmählichen Einwirkung auf den Willen des Pat. bestehen. Der Arzt muss aber eine absolute geistige und moralische Herrschaft über den letztern besitzen. B. bezieht die Motilitätsstörungen bei Hysterie auf ein pathologisches Verhalten der Willensimpulse und schliesst (entgegen der Ansicht Richter's) die Annahme von Ernährungsstörungen der Leitungsbahnen aus. Für den Ausschluss dieser spricht die (nach Duchenne, Jolly u. a.) stets intakt bleibende elektromuskuläre Erregbarkeit und die erst spät und nur in geringem Grade eintretende Abmagerung der Muskeln. Die Elektrotherapie findet daher hier keinen Platz. Wenn also die Störungen von der Inaktivität des Willens abhängen, so ist von der psychischen Behandlung besonders in denjenigen

Fällen ein Erfolg zu erwarten, in welchen Organe betroffen sind, „deren Erregbarkeit zu den vielfältigsten Funktionen im täglichen Leben in Anspruch genommen werden, deren Uebung also eine vielseitige sein kann: Organe, die uns zur Aussenwelt in Verbindung setzen" (Extremitäten, Sprachapparat), während Störungen, die nur einzelne Muskeln (z. B. einzelne Gesichts- und Augenlidmuskeln, oder „ganze Organe betreffen, deren Funktionen aber immer durch einen einseitigen, vom Willen weniger modificirbaren, motorischen Reiz vermittelt werden, wie es beim Rachen, der Harnblase, dem Mastdarm etc. der Fall ist, ungünstiger sind". Ferner hat die psychische Behandlung da guten Boden, wo eine Beeinflussung leicht möglich ist, also bei Kindern. Auf diese Punkte ist bei der Prognose Rücksicht zu nehmen.

B. führt aus einer Reihe von ihm an der Maison de santé nach Levinstein's Plan behandelten Fällen den folgenden an. Ein 33jähr. Kaufmann, der schon seit Jahren an hysterischen Lähmungen von verschiedenen Aerzten theilweise als Rückenmarkskranker, ziemlich erfolglos behandelt worden war, bietet folgende Symptome: Vollständige Aphonie bei guter Articulation. Lähmung des linken Beines, an dessen Stelle ein Stock beim Gehen zur Stütze benützt wird. In der Gegend der mittleren Brustwirbel spontane nach links ausstrahlende Schmerzen und Druckempfindlichkeit. Sensibilität und elektrische Erregbarkeit normal. Durch streng regulirte Steh- und Gehübungen (Exercitien nach Kommando) wurde P. soweit gebessert, dass er nach 8 Tagen des Stockes nicht mehr bedurfte und nach 14 Tagen kein Schwächegefühl im linken Beine mehr empfand. Nun wurden zur Behandlung der Aphonie, für welche sich laryngoskopisch keine anatomische Basis fand, zuerst vor dem Levinstein'schen Autolaryngoskop unter Einführung des Kehlkopfspiegels Sprachübungen veranstaltet. Nach wenigen Tagen phonirte P. wieder richtig, anfangs nur bei eingeführtem Spiegel, am nächsten Tage ohne denselben bei vorgestreckter Zunge, 2 Tage später ohne diese Manipulationen alle vorgesungenen Töne und einzelne Worte, blieb aber im Gespräch aphonisch, bis er plötzlich eines Morgens auch mit lauter Stimme sprechen konnte. Andere Symptome, wie Beängstigungen, krampfhafte Schluckbewegungen, Kribbeln in den Händen, wurden nach 3 wöchentlichem Aufenthalt in der Anstalt gar nicht mehr geklagt. Also auch da, wo Lähungen nicht die hervorragendsten Symptome sind, hat die Beeinflussung des Willens den besten Heilerfolg, da die Willenstörung den besten Angriffspunkt für die psychische Behandlung bietet. Ist erst eine normale Willensthätigkeit erreicht, so stellt sich auch eine Regulirung der übrigen psychischen Funktionen ein.

Stintzing (München).

---

230. **Prevost und Waller, Nouvelles expériences sur les phénomènes nommés réflexes tendineux.** Neue Experimente über die sogenannten Sehnenreflexe. (Revue médicale de la Suisse Romande 1881. Nr. 6.)

P. und W. fanden, dass bei Kaninchen nach Durchschneidung der Nerven einer hinteren Extremität oder der ihnen entsprechenden hin-

teren Wurzeln das Kniephänomen auf der verletzten Seite aufgehoben war, dass dagegen bei Percussion des Lig. patellae dieser Seite Muskelcontraction der andern unversehrten hintern Extremität auftraten; dabei war aber nicht der Quadriceps allein betheiligt, sondern mehr oder weniger sämmtliche Muskeln des Beines, vorwiegend allerdings die Extensoren und Adductoren. Diese Contractionen cessirten, wenn 40—50 Sec. lang die Blutzufuhr zum Lendenmark durch Compression der Aorta abgeschnitten war. Integrität des Lendenmarkes ist daher nach P. und W. zum Zustandekommen des Phänomens erforderlich, dagegen ist es zweifelhaft, ob es sich dabei, wie P. früher glaubte, (s. dieses Centralblatt N. 3) um einen Reflexvorgang handelt, da der Reflexbogen in seiner Continuität durch die Durchschneidung der Nerven resp. der entsprechenden hintern Rückenmarkswurzeln unterbrochen ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

231. **Dr. Ozeretzkowsky, Ein Fall von saltatorischem Reflexkrampf.** (Wratsch 1881. Nr. 13.)

In der Einleitung führt Verfasser in Kürze die in der Litteratur zerstreuten Fälle dieser in vielen Beziehungen räthselhaften Krankheit an, giebt dann folgende Krankengeschichte.

Im Moskau'schen Militärhospital trat ein 27jähriger kräftig gebauter Soldat ein; Ernährungszustand herabgesetzt, Gesichtsfarbe bleich, ins Grau spielend, wie man sie öfters bei Malariakranken beobachtet, Appetitlosigkeit, beträchtliche Leber- und besonders Milzschwelllung, Schlafmangel, bisweilen vollständige Schlaflosigkeit, häufige Kopfschmerzen, es sind nicht selten Symptome von Hirnhyperämien wahrnehmbar. Bisweilen treten Schmerzen längs der Wirbelsäule ein, welche in die Waden ausstrahlen; die Gemüthsstimmung ist recht schlecht.

Folgende Bewegungsstörungen sprangen ins Auge: sobald der Kranke aufstehen will und mit den Sohlen den Boden berührt, entstehen klonische Zuckungen in den Schenkel- und Unterschenkelmuskeln, so dass er abwechselnd hockt und sich aufrichtet, wobei beträchtliche Excursionen in den Knien ausgeführt werden, die Fussspitzen aber den Boden nicht verlassen. Auch während des Ganges halten die Krämpfe an; dieser ist folgendermassen verunstaltet: der ganze Körper ist nach vorne gebückt, die Schritte ungewöhnlich gross; Patient tritt mit den Spitzen auf, die Ferse berührt den Boden nicht. Nach den geringsten Geheversuchen stellen sich starke Ermüdung, unangenehme Empfindungen in Beinen, beschleunigte Respiration und Puls, und Röthung der Gesichtsfarbe ein.

Die Krämpfe geben gleich nach, sobald sich Pat. hinsetzt oder hinlegt. Durch Willenskraft können die Krämpfe nur bis zu einem gewissen Grade unterdrückt werden. Die Krämpfe bestanden ausschliesslich in der Muskulatur der Beine, sie liessen sich in horizontaler Lage weder durch passive, noch durch active Bewegungen hervorrufen, nicht einmal wenn Patient die Sohlen gegen den Bettrand stemmte. Die

Sensibilität ist von der Norm nicht abweichend, die Einzelbewegungen unverändert; keine Contracturen, nirgends Muskelschwund.

Während des letzten türkischen Krieges war Pat. an der Donau von einer perniciösen Form der Malaria befallen, die Paroxysmen waren mit andauernder Bewusstlosigkeit verbunden; nach Aussage des Pat. sollen die Krämpfe zum ersten Male nach einem Fieberanfall plötzlich eingetreten sein.

Im weitern Verlauf der Krankheit gaben die beschriebenen Symptome allmählich nach, die Krämpfe verliefen weniger extensiv, fanden später nur während des Gehens statt, bis sie schliesslich (etwa nach $3^1/_2$ Mon.) ganz geschwunden waren.

Jetzt aber stellten sich von neuem Fieberanfälle ein, welche einen regelmässigen Verlauf zeigten; sie verursachten hydropische Erscheinungen und verhinderten die Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes.

Der Pat. erhielt zur Erholung einen Urlaub auf 1 Jahr und schrieb sich aus dem Hospital aus.

Die Behandlung bestand in Darreichung von Chinin und Arsenik; ausserdem wurde galvanischer Strom längs der Wirbelsäule, verbunden mit kalten Uebergiessungen von 28°, angewandt.

Krusenstern (Petersburg).

---

232. **W. R. Powers M. D. F. R. C. T., Optic Neuritis in Chlorosis.** (British Medical-Journal, Mai 1881.)

Der Verfasser fügt seinem, in seiner „Medical Ophthalmoscopy“ veröffentlichtem Fall zwei neue zu, zwei Schwestern, die eine 17, die andere 16 Jahre alt. Bei der älteren, die alle Symptome der Chlorose darbot, war die Sehschärfe rechts $^1/_5$, links $^1/_8$, beiderseits hypermetr. $^1/_{20}$. Ophthalmoscopisch beiderseits Schwellung und Röthung der Papille, Verwaschensein der Ränder, Schwellung der Venen. Unter der Behandlung mit Liq. ferr. sesquichlor. stieg der Procentgehalt der Blutkörperchen von 60% zu 79% des Normalen; der Haemoglobingehalt von 30% zu 65%. Nach drei Monaten war Sehschärfe beiderseits $^1/_1$. Ein kleiner Rückfall heilte in 3 Wochen. Bei der Jüngeren waren keine Sehstörungen vorhanden, trotzdem jedoch ophthalmoscopisch deutliche Schwellung, Röthung und Verwaschensein der Pupille und streifenförmige Hämorrhagien, nach 2 Monaten, nach 10tägiger Bettruhe und Eisen stieg der Blutkörperchengehalt des Blutes von 72% auf 96%, der Hämoglobingehalt von 38% auf 80%, die Papillen wurden wieder normal. Diagnostisch wichtig: Abwesenheit von allen nur irgend wie auf Cerebralerkrankung deutenden Symptomen, keine Syphilis. Eisen wirkt bei diesen Fällen so rasch wie bei luëtischen Cerebralerkrankungen Jodkali. Therapeutisch: 8—10 Tage Bettruhe, sofortige Darreichung von Eisen. Verf. erklärt die Erkrankung aus der allgemeinen Ernährungsstörung der Gewebe.

Ludwig (London).

---

233. **W. S. Playfair, M. D. F. A. C. P.** Professer of Obstretric Medicine in King's-College, **Notes on the systematic Treatement of Nerve Prostration and Hysterie connected with Utrine disease.** Ueber systematische Behandlung nervöser Prostration und der Hysterie. (Lancet 28. May 1881.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte auf eine von dem Amerikaner Dr. Weis Mitschell ausgebildete Methode zur Behandlung von schweren Fällen von Hysterie. Verf. beschreibt ausserordentlich günstige, überraschende Erfolge in den schwersten Fällen. 1. Isolirung und Ruhe: die Patientinnen werden streng isolirt nur eine Wärterin hat Zutritt ausser dem Arzt. Für die erste Zeit absolute Bettruhe. 2. Massage: Shampooing, passive Bewegungen, Kneten aller Muskeln in methodischer Reihenfolge. 3. Electricität in Verbindung mit Massage: eine halbe- bis $^3/_4$-stundenlang dauernde Sitzungen zweimal täglich, Faradisation aller Rumpf- und Extremitätenmuskeln. 4. Diät und Regime: Dies ist der wichtigste Theil der Kur: Im Beginn absolute Milchdiät steigend bis $3^1/_2$ Liter pro die, dann Butterbrod, Eier, gehacktes Fleisch immer steigernd bis nach 14 Tagen volle Diät erreicht wird. Bis zum Ende der Kur etwa alle Stunden ein kleines Mal, es können schliesslich enorme Mengen vertragen werden und nehmen die Pat. bedeutend an Köpergewicht und Muskelkraft zu. Verfasser beschreibt die Erfolge der Kur an 4 Fällen von äusserster Muskelschwäche, Appetitlosigkeit und Abmagerung, die in 6 bis 8 Wochen geheilt wurden.

Ludwig (London).

---

234. **Dr. M. Abeles, Ueber Zucker im normalen menschlichen Harne.** (Wiener med. Blätter. Nr. 21. 1881. p. 633.)

Die früheren Angaben des Verf., dass im normalen menschlichen Harne eine Substanz vorhanden sei, welche reducirende Eigenschaften habe, die Polarisationsebene ablenke, welche Gährung eingehe und dabei Kohlensäure und Alkohol liefere, hat Regulus Moscatelli in der Leube'schen Klinik nicht bestätigen können.

Abeles gibt nun an, dass er zwar soviel Zucker, als zur Elementaranalyse nothwendig nicht erhalten habe, aber dass er Zuckerkali dargestellt. Er hat 200 bis 300 ccm frisch gelassenen Harn mit einer siedend heissen gesättigten Lösung von Chlorblei gefällt, (nicht 200 bis 300 Liter), sodass letzteres im Ueberschuss bleibt. „Die Flüssigkeit wird abfiltrirt, was rasch von Statten geht, und sodann das Filtrat mit Ammoniak gefällt. Der Niederschlag wird nach dem Absetzen auf einem Filter gesammelt, mit Wasser gewaschen und hierauf mit verdünnter Schwefelsäure oder mit Schwefelwasserstoff zerlegt. Das Filtrat vom schwefelsauren Blei oder vom Schwefelblei gibt, (im letzteren Falle nach Entfernung des überschüssigen Schwefelwasserstoffs), mit Fehling'scher Lösung reichliche Ausscheidung von Kupferoxydul".

Dasselbe Resultat ist von Ludwig am Harne gesunder Studirender nachgewiesen. Das negative Resultat Moscatellis erklärt Abeles aus der Verwendung zu grosser Mengen von Harn. Dieselben sind zu schwer traitable, es blieben Gemenge organischer Substanzen übrig, von welchen manche auf Zucker zerstörend einwirken, und längeres Eindampfen, selbst in saurer Lösung, verändert den Zuckergehalt stetig.

Finkler.

---

235. **W. Debove, Recherches sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses.** Untersuchungen über chyliforme Ergüsse in seröse Höhlen. (L'Union Médicale, Nr. 85, 86, 87.)

D. beobachtet folgenden Fall. Ein 63jähr. Mann erkrankte in Folge einer heftigen Erkältung an Husten, Athemnoth etc. 3 Monate später wurde er im Zustand höchster Erschöpfung und starker Dyspnoe ins Hospital aufgenommen, wo ein umfangreiches linksseitiges pleuritisches Exsudat constatirt wurde. Während der Punction desselben trat, nachdem ca. $^{3}/_{4}$ Liter Flüssigkeit abgelassen war, plötzlich Collaps und Tod ein. Die Menge des Exsudats betrug im Ganzen ca. 3 Liter. Es war von gelblicher Farbe, opak, geruchlos, von alkalischer Reaction, und hatte genau das Aussehen einer Emulsion; das spec. Gewicht war 1025. Unter dem Mikroskop erkannte man eine Menge feinster Fettkörperchen, wenige grössere Fetttropfen (beide vollkommen in Aether löslich), Cholestearinkrystalle, keine rothen, ganz spärliche weisse, den Anfang fettiger Entartung darbietende weisse Blutkörperchen. Beim Stehen an der Luft bildet sich keine oberflächliche Rahmschicht und kein fibrinöses Coagulum. Eine Portion, die 14 Tage lang stehen gelassen wurde, zeigte fast keine Veränderung. Die chemische Untersuchung ergab 79 $^{0}/_{0}$ organische Substanzen. Bei der Autopsie fand sich ausser der Verdrängung des Herzens nach rechts und der linken Lunge nach oben und hinten nichts Bemerkenswerthes. Die Wandungen des das Exsudat enthaltenden Sackes waren von gelblicher Farbe, genau das Aussehen einer leicht atheromatös entarteten Aorta darbietend, mehrere Millimeter dick und mit der Pleura verwachsen. Letztere im Uebrigen platt, ohne Auflagerungen, Adhärenzen und Ulcerationen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich die Wandungen des Sacks zusammengesetzt aus Lagen streifig angeordneter fibrinöser Substanzen, in deren Maschen Fettkörperchen, an manchen Stellen grössere Haufen bildend, lagen. Dieselben glichen genau den Fettkörnchen des Exsudats. Eine Communication des Sackes mit dem Ductus thoracicus war nicht zu finden. Im Anschluss an diesen Fall stellt Verf. die in der Litteratur verzeichneten Beobachtungen ähnlicher Ergüsse in die Pleurahöhle, das Cavum Peritonei und die Tunica vaginalis des Hodens zusammen und bespricht die verschiedenen Hypothesen ihrer Entstehung. Er bekämpft die Annahme, dass es sich um Erguss von Chylus aus einem verletzten Chylusgefäss handele, da in allen neueren gut beobachteten Fällen bei der Autopsie eine derartige Verletzung nicht hat nachgewiesen werden können, selbst

nicht in dem Quincke'schen Falle, bei dem der Erguss in Folge eines starken Traumas sich gebildet hatte. Auch glaubt er nicht an die Umwandlung ursprünglich eitriger Exsudate durch fettige Entartung der Eiterkörperchen. Obwohl derartige Umwandlungen älterer Eitermassen vorkommen können, bilde sich dabei nie eine so feine und gleichmässige Emulsion. Zudem habe die Beobachtung gezeigt, dass die nach der Entleerung derartiger Exsudate sich wieder ansammelnde Flüssigkeit von vornherein denselben emulsionsartigen Charater trug. Er glaubt vielmehr, dass die serösen Häute ausser den serösen, den sero-fibrinösen und eitrigen Ausschwitzungen unter gewissen, bisher allerdings noch ganz unbekannten Bedingungen auch diese chylusartigen zu produciren im Stande seien. Eine Differentialdiagnose ohne Probepunction sei unmöglich. Als Ursachen führt er an: Erkältung, Traumen, Tuberculose und Herzkrankheiten. Das Lebensalter ist ohne jeden Einfluss. In klinischer Beziehung hebt er die Massenhaftigkeit des Exsudats und die rasche Wiederbildung nach der Entleerung hervor. In dem Fall von Saviard wurden im Laufe von 9 Monaten 294 Liter chyliformer Flüssigkeit aus dem Abdomen entleert. Obwohl einige temporäre Heilungen beobachtet worden sind, so endeten doch bis jetzt alle Fälle, deren Schicksal man verfolgen konnte, tödtlich.

Brockhaus (Godesberg).

---

236. **G. Hayem, Sur les effets physiologiques et pharmacothérapiques des inhalations d'oxygène.** (Comptes rendus. Tome XCII. Nr. 18. 1881.)

Inhalationen von Sauerstoffgas, das zu einem (nicht näher bestimmten) Theile mit gewöhnlicher Luft vermischt ist, haben nach Verf. folgende Wirkungen.

Bei Gesunden zeigt sich Vermehrung des Appetits, ganz leichte Temperatursteigerung, Beschleunigung der Circulation, Vermehrung der Zahl der rothen Blutkörperchen und ihres Haemoglobingehalts, Zunahme des Körpergewichts.

Bei Chlorotischen tritt die Beseitigung von gastrischen Symptomen, wenn solche vorhanden sind, in den Vordergrund der Sauerstoffwirkung: das Erbrechen hört auf, Appetit stellt sich ein, Körpergewicht und Harnstoffausscheidung nehmen zu. Die rothen Blutkörperchen werden zwar zahlreicher, ihr Hämoglobingehalt bleibt jedoch unverändert. Sauerstoffinhalationen sind bei Chlorose besonders dann indicirt, wenn Eisenmittel schlecht vertragen werden, und haben bei Eisengebrauch als Unterstützung der Kur etwa die Bedeutung der Hydrotherapie.

Die Inhalationen sind endlich von sehr günstigem Einfluss auf das Symptom des Erbrechens, indem sie letzteres seltener machen oder auch ganz zum Verschwinden bringen, vorzüglich wenn eine anatomische Läsion des Magens nicht nachweisbar ist.

Lüderitz (Jena).

---

237. **Coignard, De la propriété que possèdent certaines eaux minerales naturelles de favoriser l'absorption de l'oxygène.** Ueber die Fähigkeit gewisser natürlicher Mineralwässer die Sauerstoffabsorption zu begünstigen. (L'Union médicale. 1881. Nr. 76 und 77.

C. hat in einer Reihe von Versuchen gefunden, dass Fische, unter sonst gleichen Bedingungen, in nicht erneuertem gewöhnlichem Wasser rascher zu Grunde gehen, als wenn demselben eine kleine Quantität eines alkalinischen, besonders natronhaltigen Wassers zugesetzt worden war, und glaubt den Grund hierfür in der grösseren Absorptionsfähigkeit des Letzteren für den Sauerstoff der Luft zu finden. Diese Annahme fand er durch die directe Messung der in einer bestimmten Zeit von gewöhnlichem Wasser einerseits, von Lösungen verschiedener Natronsalze oder von natürlichen, natronhaltigen Mineralwässern andrerseits aufgenommenen O-mengen bestätigt. Von den künstlichen Lösungen zeichneten sich besonders die des arsensauren Natrons, von den Mineralwässern die von Mont-Dore, Vichy und Karlsbad durch ein hohes Absorptionsvermögen für O aus. Ferner untersuchte C. das O-Absorptionsvermögen des Carotidenblutes eines Hundes, der bis dahin gewöhnliches Wasser getrunken hatte, gab demselben dann 8 Tage lang als Getränk ein kohlensaures Natron haltiges Mineralwasser und untersuchte von neuem; die O-Absorptionsfähigkeit war bedeutend vermehrt. Im Anschluss hieran stellt er eine Reihe von Beobachtungea aus der Litteratur zusammen, nach denen während des Gebrauchs der alkalischen Quelle von Vichy u. A. die Zahl der rothen Blutkörperchen in erheblichem Masse zugenommen hatte. C. ist daher der Ansicht, dass durch die Alkalien, besonders das kohlensaure Natron und die dieses Salz in grösserer Quantität enthaltenden Mineralquellen die O-aufnahme ins Blut gesteigert werde und eine Vermehrung der Bildung und Thätigkeit der rothen Blutkörperchen eintrete, und bezieht hierauf die gute Wirkung, welche er durch den Gebrauch der Natronsäuerlinge bei Anämie und Chlorose erzielt hat. Er berichtet ausführlich über 2 Fälle hochgradiger Blutarmuth, in denen die gewöhnliche Therapie, kräftige Diät und Eisen in verschiedener Form, ohne wesentliche Erfolge längere Zeit hindurch in Anwendung gezogen war und wo dann unter dem Gebrauch von alkalischen Mineralwässern rasch Besserung eintrat.

Brockhaus (Godesberg).

Neue Bücher.

Baraduc, De la dyspepsie gastro-intestinale, de l'entérite chronique et de divers troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin, observations cliniques. Paris, Germer Baillière.

Bardenheuer, Die Drainirung der Peritonealhöhle. Chirurgische Studien nebst einem Bericht über sieben Nierenexstirpationen. Stuttgart, Enke. 7 M.

Clément, Du farcin chronique étudié au point de vue clinique et expérimental. Paris, Davy.

Dowse, The brain and diseases of the nervous system vol. I. Syphilis of the brain. 2nd. ed. London Baillière. 7 sh. 6 d.

Feltz und Ritter, De l'urémie experimentale. Paris, Berger-Levrault & Co. 7 fr. 50 c.

Girou, Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des gangrènes chez les diabétiques. Paris, Parent.

Glénard, Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoide. Acide phénique ou bains froids? Rôle du traitement par les bains froids dans les hopitaux militaires. Paris, Délahaye.

Gouronner, De la typhlite et perityphlite dans leur rapports avec la fièvre typhoïde. Paris, Parent.

Hublé, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie. Paris, Goupy et Jourdan.

Lardiley, Etude sur le goître enflammée et sur le goître suppuré. Paris, Doin.

Leeser, Die Pupillarbewegung in physiologischer und patholog. Beziehung. Mit einem Vorworte von Dr. A. Graefe. Mit 1 lithogr. Tafel. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4 M.

Macewen, Die Osteotomie mit Rücksicht auf Aetiologie und Pathologie von genu valgum, genu varum und anderen Knochenverkrümmungen an den unteren Extremitäten. Autoris. dtsche. Uebersetzung herausgegeben von Dr. R. Wittelshöfer. Stuttgart, Enke. 4 M.

Martin, Contributions to Military and State medicine. vol. I. London, Churchill. 10 sh. 6 d.

Mitchell, Lectures on diseases of the nervous system especially in women. London, Churchill. 8 sh.

Moure, Etude sur les kystes du larynx avec 12 figures. Delahaye et Lecrosnier. 3 fr. 50 c.

Pellissier, Considérations sur l'étiologie des maladies les plus communes à la réunion. Paris, Davy.

Quenu, Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Réant, Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde. Paris, Davy.

Sainton, Etude sur une variété latente et bénigne d'empyème. Paris, Davy.

Spinzig, Yellow fever: Nature and epidemic character caused by meteorological influence. St. Louis. 10 sh. 6 d.

Stirling, A text-book of practical histology. With outline plates. Smith and Eeder. 14 sh.

Turnbull, Imperfect hearing and the hygiene of the ear, with home instruction of the deaf. Philadelphia. 12 sh. 6 d.

Tyson, Treatise on brights disease and diabetes, with special reference to pathology and therapeutics. Also a section on Retinitis in bright's disease. Philadelphia. 18 sh.

Ullmann, Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Veillard, De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Paris. Davy.

Voillemier et Dentu, Traité des maladies des voies urinoires. II. maladies de la prostate et de la vessie. Avec 120 figures dans le texte. Paris, Masson. 16 fr.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **22. Juli.** **Nro. 17.**

238. **Wilhelm Ebstein** (Göttingen), **Ueber Drüsenepithelnekrosen beim Diabetes mellitus, mit besonderer Berücksichtigung des diabetischen Comas.** (Deutsches Archiv f. klin. Medic. B. XXVIII. pg. 143—242.)

Verf. hat sich in der vorliegenden Arbeit die Aufgabe gestellt, gewisse Veränderungen der Drüsenepithelien, welche beim Diabetes mellitus ab und zu aufgetreten, und welche er als nekrotische charakterisirt, zu schildern und insbesondere auch ihre Beziehungen zum diabetischen Coma zu verfolgen. Auf die Nierenepithelnekrosen bei der Zuckerharnruhr ist vom Verf. bereits früher in seiner Arbeit über Nierenkrankheiten in v. Ziemssens Pathologie und Therapie IX 2, 2. Aufl., p. 95, Leipzig 1878 aufmerksam gemacht worden. Keineswegs alle Fälle von diabetischem Coma haben Beziehungen zu Drüsenepithelnekrosen.

Das diabetische Coma ist, wie der Diabetes mellitus selbst, ein Symptomencomplex, welcher unter mannigfachen Bedingungen zu Stande kommen kann. Das ist wohl der Hauptgrund, warum dasselbe nicht immer unter conformen klinischen Bildern verläuft; so scheinen Fettembolien bei dem mit heftiger Dyspnoe einhergehenden diabetischen Coma eine beobachtenswerthe Rolle zu spielen. Jedoch vermögen wir noch nicht, das diabetische Coma nach verschiedenen ätiologischen Momenten in verschiedene Formen abzugrenzen. Gemeinsam für alle Fälle

ist ein gewöhnlich schnell sich steigerndes und zum Tode führendes Coma.

Relativ selten ist es, dass schwere materielle Gehirnerkrankungen, die dann oft mit dem Diab. mellit. in einem causalen Zusammenhange stehen und welche gemeinhin eine Reihe von cerebralen Störungen veranlassen, auch Ursachen comatöser Zustände bei Diabetikern werden. Es handelt sich hierbei gewöhnlich um gewisse degenerative Prozesse des Centralnervensystems, welche unter dem anatomischen Bilde einer hämorrhagischen nekrotisirenden Encephalitis verlaufen, und welche in ätiologischer Beziehung anderweiter im Gefolge des Diab. mellit. auftretenden nekrotischen Prozessen gleichwerthig sind. In der Regel ergibt die anatomische Untersuchung beim diabetischen Coma keine nachweisbaren Struckturveränderungen des Gehirns; denn die Anomalien des Blutgehaltes, die stärkeren serösen Durchfeuchtungen, welche dabei im Gehirn und seinen Häuten vorkommen, sind so wenig constant, dass man ihnen eine entscheidende Bedeutung für die Entwickelung des diabetischen Comas nicht zuschreiben kann, wenngleich sie auch hier, wie unter andern Verhältnissen den Verlauf der Hirnerscheinungen beeinflussen dürften.

Verfasser vindicirt nun bei einer anscheinend nicht geringen Anzahl von Erkrankungen an diabetischem Coma den Drüsenepithelnekrosen, insbesondere denen der Nieren einen hervorragenden Antheil an dem Zustandekommen desselben.

Die Drüsenepithelnekrosen, welche als Analoga von anderen nekrotischen Prozessen, welche in verschiedenen Organen bei der Zuckerharnruhr vorkommen, aufzufassen sind, wurden vom Verf. bei dieser Krankheit unter zwei verschiedenen Bedingungen beobachtet:

1. in solchen Fällen, wo der Tod unter den Erscheinungen des diabetischen Comas eintritt, ohne dass grob anatomische Todesursachen auffindbar waren, und

2. in solchen Fällen, wo neben den Drüsenepithelnekrosen noch anderweite schwere Organerkrankungen aufgefunden wurden. Wenn auch die letzteren allein ausreichen, um den Eintritt des Todes zu erklären, so dürfte den Epithelnekrosen dabei doch ein gewisser Antheil zuzuschreiben sein. Verf. theilt Beobachtungen aus seiner Erfahrung mit, wo bei Diabetikern, welche an acuter Pleuropneumonie sowie an interstitieller Hepatitis und Nephritis erkrankt waren, gleichzeitig ausgedehnte Epithelnekrosen gefunden wurden.

Was nun die Ausbreitung der Nierenepithelnekrosen betrifft, so findet man sie über grössere odere kleinere Abschnitte des Nierenparenchyms verbreitet. Einmal — bei einem Diabetiker, welcher einer acuten Pleuropneumonie erlag — hatte sie gleichmässig das gesammte Epithel der Nierenrinde ergriffen. Diese Necrose findet sich meist mit einer verschieden hochgradigen Fettanhäufung in den Nierenepithelien vergesellschaftet.

Was nun die bei genauerer Untersuchung in die Augen fallenden Veränderungen des Nierenepithels anlangt, so sehen wir das Protoplasma vielfach von der Tunica propria der Harnkanälchen losgelöst, zu grösseren und kleineren Ballen oder Klümpchen zerklüftet, wobei die die Epithelien zusammensetzenden Stäbchen oft sehr deutlich her-

vortreten. Die so veränderten Epithelien zeigen je nach dem Vorgeschrittensein des Prozesses entweder einen sehr undeutlichen oder gar keinen Kern, welcher an den Stellen, wo die Veränderung voll entwickelt ist, auch durch die besten Kernfärbemittel nicht zur Anschauung zu bringen ist. Schliesslich kann man an den abgestorbenen Epithelzellen den Zerfall des Protoplasmas zu einfachem oder fettigem Detritus constatiren.

Die Berechtigung, diese Epithelien als „nekrötische" anzusehen, stützt Verf. darauf, dass ihr Verhalten mit dem solcher Epithelien, welche unanfechtbar als abgestorben anzusehen sind, vollkommen congruent ist. Als Beispiel dafür gelten mit Recht in erster Reihe die durch Ischämie entstandenen Nierenepithelnekrosen, wie wir dieselben beim Menschen an den Niereninfarkten beobachten und auch experimentell durch Unterbindung der Nierenarterie bei Thieren erzeugen können. Als weiteres Beispiel mag hier noch an die in anatomischer Beziehung im Wesentlichen gleichartigen, durch toxische Einflüsse veranlassten Nierenepithelnekrosen erinnert werden, wie man sie bei Thieren durch subcutane Einspritzung von Chromsalzen hervorgebracht hat (Chromniere).

Die Ursachen der diabetischen Drüsenepithelnekrosen, in specie auch der Nierenepithelien, dürften ebenso wie die der übrigen im Verlaufe des Diab. mellitus auftretenden nekrotischen Prozesse weit weniger in Anämie und Ischämie der betreffenden Organe, als wesentlich in dem Einflusse toxischer Substanzen zu suchen sein. Dass die Nieren in erster Reihe dabei geschädigt werden, erklärt sich dadurch, dass sie die hauptsächlichsten Ausscheidungsorgane für derartige Stoffe sind. Die in Frage kommenden toxisch wirkenden Substanzen, welche die Drüsenepithelien zu schädigen resp. zu ertödten vermögen, sind offenbar verschiedene Produkte des beim Diabetes mellitus schwer alterirten Stoffwechsels.. Soweit bis jetzt unsere Kenntnisse reichen, müssen wir hierbei vornehmlich mit folgenden Faktoren rechnen: 1) mit den abnormen Schwankungen des Wassergehalts des an Diab. mellitus erkrankten Organismus; 2) mit dem Zuckerreichthum der Säfte und der einzelnen Organe (Hyperglycämie); 3) mit gewissen Stoffen, welche anscheinend vorwiegend in abnormer Grösse im Blut der Diabetiker vorkommen, wie Aceton, Acetessigäther, Alkohol u. a. verwandte Substanzen, ausserdem die Oxalsäure (Oxalämie), endlich 4) mit einer Reihe von nicht genauer gekannten Zerfallsprodukten stickstoffhaltiger Stoffe, besonders von Eiweisskörpern, und dem Reichthum der Säfte an anorganischen Verbindungen. Unter den im Verlauf des Diabetes mellitus auftretenden nekrotischen Prozessen, von denen einzelne nur eine lokale Bedeutung haben, sind die in den Drüsenepithelien, besonders denen der Niere, auftretenden von besonders eingreifender Wichtigkeit, wie sie eine bisweilen plötzliche Sistirung in der Elimination der toxischen Substanzen aus dem Organismus zur Folge haben können, indem die nekrotischen Epithelien nicht mehr funktionsfähig sind. Die Epithelnekrose füllt somit eine wesentliche Lücke aus, welche bei der Deutung des oft so plötzlichen Eintritts der comatösen Symptome bleibt. Während von gesunden Excretionsorganen und auch von normalen Nieren bis zu gewissen Grenzen sogar eine reichlichere Menge

auch abnormer Stoffwechselprodukte aus dem Organismus entfernt werden kann, wird sich mit dem Nekrotischwerden der Epithelien und der dadurch bedingten Unmöglichkeit, die Auswurfsstoffe in ordnungsmässiger Weise aus dem Körper zu entfernen, eine direkte Lebensgefahr ergeben.

Einen Massstab für die Anwesenheit wenigstens eines Theils der Produkte der regressiven Stoffwechselmetamorphose und zwar besonders derjenigen, welche mit der Acetessigsäure in gewissen Beziehungen zu stehen scheinen, gewährt uns die von Gerhardt gelehrte Reaktion mancher diabetischer Harne mit Eisenchlorid und der Geruch nach Aceton, welchen man an den Patienten wahrnimmt, in müheloser Weise.

Gewisse Beziehungen zwischen dem Eintreten dieser Eisenchloridreaktion zu dem klinischen Verlauf sind für die hier angeregten Fragen nicht ohne grosses praktisches Interesse.

Während wir bisweilen, bei Einleitung der diabetischen Diät unter Verminderung der Polyurie und Glycosurie alle für das Coma diabet. characteristischen Symptome sich entwickeln sehen, indem gleichzeitig eine intensive Eisenchloridreaktion des Harns auftritt, gibt es zahlreiche Diabetiker, welche unter Anwendung derselben Ernährungsweise und trotzdem auch bei ihnen die Eisenchloridreaktion des Harns in immer stärkerer Weise zu Tage tritt, unter Rückgang der diabetischen Symptome sich subjektiv und objektiv wenigstens für eine gewisse Zeit besser befinden.

Der hier zu Tage tretende Widerspruch lässt sich zwanglos in folgender Weise erklären. Bei den Fällen der ersteren Kategorien sind die Nieren wohl noch fähig, mit einer grossen Menge von Harnwasser, welches den Glomerulis entstammt, die Zerfallsprodukte ausreichend auszuschwemmen, wenngleich ihre ertödteten Epithelien nicht mehr im Stande sind, bei verminderter Wasserausscheidung die Eliminirung der Abfallsstoffe aus dem Körper zu bewirken. In der That kann man in solchen Fällen die comatösen Symptome unter dem Wiederauftreten der früheren Polyurie und Glycosurie manchmal schwinden sehen, wenn man den Patienten die gewöhnliche Diät wieder reicht und sie reichlich Wasser trinken lässt. Bei den Fällen der 2. Kategorie funktioniren die Nierenepithelien noch so ausreichend und zufriedenstellend, dass sie im Stande sind auch bei verminderter Wasserausscheidung durch die Nieren die Auswürflinge des Stoffwechsels zu eliminiren.

Abgesehen von der geschilderten Necrose der Nierenepithelien fand Verf. bei einem der im Original ausführlich mitgetheilten Fälle von Coma diabeticum die von Armanni bereits beschriebene hyaline Degeneration der Nierenepithelien. Indessen constatirte er dieselbe nicht wie A. an den Epithelien der graden Harnkanälchen, sondern an demjenigen Abschnitt der Henle'schen Schleifen, welcher in der Grenzschicht der Marksubstanz liegt. Verf. wählt für diese Zellveränderung den nichts präjudicirenden Namen der „diabetischen Nierenepithelquellung". Die gequollenen, äusserst hellen Zellen mit grossem, ausserordentlich gut auf Farbemittel reagirenden Kern enthalten nur zum kleinen Theil noch Reste des gewöhnlichen Protoplasmas. Die causalen Beziehungen dieser augenscheinlichen Epithelveränderung,

welche Verf. übrigens inzwischen wiederholt beim Diabet. mellit. gefunden hat — zu dieser Erkrankung sind übrigens ebensowenig aufgeklärt, wie die naheliegende Frage ob dieselbe etwas dieser Erkrankung Eigenthümliches ist, was Verf. nicht für wahrscheinlich hält. Die Drüsenepithelnekrosen beschränken sich aber nicht allein auf die Nieren. Auch an den Leberzellen konnte Verfasser ganz analoge Veränderungen constatiren. Er beobachtete diese Leberzellennekrose zweimal und zwar einmal bei einer Leber ohne interstitielle Veränderungen, das andere Mal bei einem Fall von interstitieller Hepatitis — welcher mit Diab. mellit. vergesellschaftet war. — Diese Leber war deswegen auch noch von Interesse, weil sich in dem hyperplastischen Bindegewebsgerüst der Leber kleine bis hanfkorngrosse grauweisse Stellen fanden, welche durch eine in den Lücken des Gewebes liegende weisse, mörtelartige Substanz gebildet waren. Dieselbe erwies sich unter dem Mikroskop als aus schmäleren und etwas breiteren nadelförmigen Krystallen bestehend, welche die chemische Reaktion des Guanin boten. Abgesehen von diesem Falle von Complikation des Diabetes mellitis mit Hepatitis interstitialis hat Verf. dieselbe Combination noch zwei Male beobachtet.

E.

---

239. **Cappi Ercolano, Sul morbo ceruleo.** Ueber die „blaue Krankheit". (Ann. univ. di med. e chir. 1881. Nr. 5.)

Mit obigem Namen bezeichnet Verf. die cyanotischen Zustände bei angeborenen Herzfehlern. Er beschreibt folgenden Fall: Ein 18jähriger, von gesunden Eltern abstammender junger Mann war von Kind an schwächlich und kurzathmig und hatte an öfteren Ohnmachtsanfällen gelitten, die ihn öfters auf offener Strasse überraschten. 14 Tage vor seinem Eintritt ins Hospittal hatte sich starker Husten mit copiösem, schleimigem Auswurfe eingestellt. Status praesens bei der Aufnahme: Anasarca, hochgradige Cyanose der Lippen, Wangen und Hände, Turgor des Gesichts, besonders der Lippen, Venen des Halses stark gefüllt, Thorax gracil, Athembewegungen nicht ausgiebig, Herzdämpfung merklich vergrössert, vertikaler Durchmesser derselben 10 cm, transversaler 11,50 cm, longitudinaler 13 cm. Spitzenstoss sichtbar im 5. Intercostalraum; beim Zufühlen deutliches Katzenschwirren. Die Auscultation ergab rauhe Athemgeräusche; an der Mitralis und Tricuspidalis schwaches systolisches Geräusch, am besten hörbar an der Sternalinsertion der 4. linken Rippe und im 3. linken Intercostalraum. An der Pulmonalis hört man ein leises, in die Länge gezogenes Hauchen und einen schwachen Ton, an der Aorta ein schwaches Geräusch neben einem starken Ton. Leber- undMilzdämpfung etwas vergrössert. Temperatur 37,5° C., Puls rhythmisch, schwach, frequent. Abdomen weich, unter dem Nabel etwas schmerzhaft, Urin alkalisch, spec. Gewicht 1011, schwach gefärbt, mit leichter Eiweissreaktion. Die Diagnose wurde

auf angeborene Communikation zwischen beiden Herzhälften gestellt. Während des Aufenthalts des Pat. im Hospital wurden leichte abendliche Temperatursteigerungen bis 38,7° C. beobachtet. Am 10. Tage nach der Aufnahme plötzlicher Tod. Aus den Befunden der Sektion ist bemerkenswerth: Hyperämie der Pia mater und des Gehirns, besonders der Rinde; beide Lungen hyperämisch, Bronchien mit blutigem Schleim erfüllt, auf der rechten Pleura und in der rechten Lunge Tuberkel. Ausgedehnte Adhärenzen der linken Pericardialblätter, beide Ventrikel vergrössert, der linke excentrisch, der rechte einfach. Foramen ovale geschlossen, Septum der Ventrikel, soweit es von denselben aus sichtbar ist, unverletzt; Aortenklappen sufficient. Nach Eröffnung der Aorta bemerkt man dicht unter der Insertion der mittleren und rechten Klappe eine Oeffnung von der Form eines gleichschenkligen Dreiecks mit abgerundeten Schenkeln, in welche man den Daumen hineinstecken kann und durch welche beide Ventrikel mit einander communiciren. Die Pulmonalarterie hat die Dicke eines kleinen Fingers, ihre Klappen sind rudimentär. Unterhalb der letzteren gelangt man mit der Sonde in einen kleinen, mit dem rechten Ventrikel durch eine Oeffnung communicirenden Sack. Die Sektionsbefunde ergeben die Unhaltbarkeit der Ansicht Rokitansky's, dass bei angeborenen Herzfehlern keine Tuberkulose der Lungen vorkomme, während sie die schon von Morgagni ausgesprochene Meinung bestätigt, dass bei angeborenen cyanotischen Zuständen erheblicheren Grades neben der abnormen Communikation zwischen den beiden Herzhälften stets Verengerung eines der grösseren Gefässe des Herzens, im vorliegenden Fall der Pulmonalis bestehe. Interessant ist ferner, dass auch hier wie in fast allen ähnlichen Beobachtungen, der Defect im Septum sich an der schon im normal entwickelten Herzen dünnsten, nur von den beiden Blättern des Endocards gebildeten Stelle unterhalb der Einmündung der Aorta befand.

Brockhaus (Godesberg).

---

240. **Talini Bassiano, Otto vene pulmonàri nell' orecchietta sinistra del cuore.** Acht Pulmonarvenen im linken Vorhof. (Annali univ. di med. e chir. 1881. Heft 5.)

Obige Anomalie wurde bei der Sektion eines 16jähr. Mädchens gefunden, welches während des Lebens keinerlei Störungen seitens des Herzens gezeigt hatte. Der linke Vorhof hatte die Gestalt eines unregelmässigen Würfels; das linke Herzohr war bedeutend stärker entwickelt als das rechte. Von den acht Pulmonarvenen mündeten 2 nahe bei einander ganz links, während sich die übrigen 6, in Gruppen zu je drei angeordnet und einen ziemlich grossen Zwischenraum zwischen sich lassend, vorn und hinten am rechten Winkel des Vorhofs inserirten. Ihr Durchmesser betrug zusammen 56 mm, während der Durchmesser der beiden Lungenarterien nur 31 mm betrug. Die übrigen Theile des Herzens sowie die grossen Gefässe waren ganz normal.

Verf. hat in der Literatur keinen ähnlichen Fall verzeichnet gefunden; während die Vermehrung der Pulmonarvenen um eine oder zwei nicht ganz selten ist, finden sich nur vereinzelte Fälle von 7 Pulmonarvenen. Unter den Thieren sind beim Pferde zuweilen 8 Pulmonarvenen beobachtet worden.

Brockhaus (Godesberg).

---

241. **Prof. Chvostek, Ein weiterer Beitrag zur Pylephlebitis suppurativa.** (Wien. med. Blätter 1881. Nr. 18, ff.)

Es wurde intra vitam die Diagnose gestellt auf: Pylephlebitis suppurativa ausgegangen von Vereiterung des Wurmfortsatzes. Consecutive Abscessbildung in der Leber, Peritonitis und linksseitige Pleuro-Pneumonie.

Die Erkrankung begann mit plötzlichen sehr erheblichen Schmerzen in der Coecalgegend, nachfolgenden Diarrhoeen. Pyämisches Fieber, Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend; keine Roseola; Kopfschmerz und Schwindel. Am 8. Tage leichter Icterus. Leberdämpfung beginnt in der Mamillarlinie an der 5. Rippe und überragt den Rippenbogen. Milz vergrössert, bei Fortbestand des pyämischen Fiebers. Die Leber- und Milzvergrösserung nahmen sehr schnell zu. Die Vergrösserung der Leber betraf den rechten und linken Lappen zugleich. Vom 16. Krankheitstage zeigte sich bei der Percussion am rechten Leberlappen von der Medianlinie des Sternums bis zur Papillarlinie eine circumscripte allmählich zunehmende Dämpfung nach aufwärts.

Ein zwischen Leber und Zwerchfell abgesacktes pleuritisches Exsudat liess sich ausschliessen, weil beide Lebergrenzen respiratorische Bewegungen machten, durch die Gegenwart des Icterus, Fehlen der Verdrängung des Herzens und pleuritischer Schmerzen und die gleichzeitig mit der Leberschwellung aufgetretene Milzschwellung.

„Gegen ein zwischen der convexen Leberoberfläche und zwischen dem Zwerchfell abgesacktes peritoneales Exsudat sprach die respiratorische Beweglichkeit der oberen und unteren Grenze der in der Lebergegend befindlichen Dämpfung, das Auftreten und rapide Anwachsen derselben erst vom 10. Krankheitstage an, trotzdem, dass in den ersten neun Tagen pyämisches Fieber vorhanden gewesen war, die gleichzeitig und rasch aufgetretene ziemlich starke Milzschwellung, das gleichzeitige Auftreten des Icterus, und schliesslich der Umstand, dass beim beträchtlichen Herabsteigen der unteren Grenze der in der Lebergegend befindlichen Dämpfung und beim ziemlichen Hinaufsteigen der oberen Grenze derselben in den hinteren Partien, ein Hinaufsteigen der letzteren in den vorderen Partien nicht nachweisbar war."

Die suppurative Hepatitis wurde via exclusionis festgestellt. Ihre Ursache wurde wegen der gleichzeitigen, nicht schmerzhaften Stauungsmilz und wegen der Diarrhoeen in eitriger Pfortaderentzündung gesucht.

Als Ausgangspunkt für die Entzündung galt der processus vermi-

formis, wie die heftige Schmerzhaftigkeit plötzlich auftretend verrieth, die innerhalb des letzten Jahres schon 5 mal bestand. Die Section bestätigt die Richtigkeit der Diagnose.

Finkler.

---

242. **Nothnagel, Die normal in den menschlichen Darmentleerungen vorkommenden niedersten (pflanzlichen) Organismen.** (Zeitschrift für klin. Med. III. p. 205. 1881.)

Kugel- und Stäbchenbakterien: Die Sphärobakterien (Mikrococcen) und Mikrobakterien (Bacterium Termo) finden sich in jedem normalen und pathologischen Stuhl in unschätzbaren Mengen und verschiedener Anordnung, zerstreut oder in Zoogloeahaufen von grosser Ausdehnung angesammelt, sie können auch zu perlschnurartigen oder kurzgegliederten Fäden aneinander gereiht sein. — In dünnen Stühlen herrscht die Stäbchenform, in festen Stühlen die Kugelform vor; — die kugeligen Mikrococcen sind mitunter sarcinenähnlich zu 2—4 Körnchen nebeneinander angeordnet. Keine der einzelnen Formen und Anordnungen hat irgend pathologische oder physiologische Bedeutung.

Bacillus subtilis, sowohl als einfache lange bewegliche Fäden, wie als sporenhaltige Fäden und einzelne Sporenhaufen in normalen und pathologischen Entleerungen, jedoch nicht allzuhäufig vorkommend (hierzu Abbildung), die Sporen fallen besonders dadurch gleich auf, dass sie ausserordentlich glänzend oder dick und scharf contourirt sind. — Sie werden durch Jod gelb oder braun gefärbt.

Saccharomyces: Gährpilze sind sehr häufig im Magen und Darmkanal, meist jedoch nur in spärlicher, seltener in ansehnlicher Menge, nachweisbar; — dieselben bilden einen physiologischen Bestandtheil des menschlichen Darminhalts; meist finden sie sich jedoch nur in einigen zerstreuten Exemplaren; in grösserer Menge finden sie sich in den sauer reagirenden Entleerungen bei Kinderdiarrhöen. Die Form ist meist elliptisch und zeigt bisweilen Sprossung; Farbe gelblich; durch Jod werden sie dunkelbraun gelb gefärbt, nie Blau. — Meist sind die Pilze klein, kleiner als der Gährungspilz des Bieres. N. schlägt die Bezeichnung Saccharomyces ellipsoideus, statt der bisher gebrauchten S. vervisine vor.

Durch Jod sich bläuende Organismen. — Solche Organismen gibt es im Darm mehrere Arten, von verschiedener Gestalt, — die grösste derselben ist vielleicht identisch mit Clostridium butyricum, hat die Form breiter Stäbchen mit abgerundeten Ecken, oder ist elliptisch oder endlich spindel-, birn- oder citronenförmig; — mattglänzend, ohne deutliche Differenzirung des Inhalts. Anordnung meist zu 2—3 nebeneinander in einer Kette, oder in Haufen von zahlreichen Individuen, selbst bis zu 100, — active Bewegung wurde nie beobachtet; alle färben sich durch Jod intensiv blau bis dunkelviolet, — meist werden sie ganz blau gefärbt, bisweilen kann auch der eine oder beide Pole oder die ganze Peripherie ungefärbt bleiben. Man findet sie bei

Stühlen von jeder Consistenz und Reaction; am reichlichsten sind sie in Stühlen, in denen Stärke und Pflanzenreste vorhanden sind — doch kommen sie, wenn auch spärlicher, in Stühlen vor, wo diese vollständig fehlen. Die Clostridien haben keine pathologische Bedeutung; — in der Leiche finden sie sich nur in den untern Darmpartien, vom untern Ileumabschnitt an.

Eine andere Bakterienform ist ohne die Jodreaction gar nicht zu unterscheiden von den gewöhnlichen Mikrokoccen und kleinen Stäbchenbakterien; man unterscheidet zwei Formen, kugelige und stäbchenförmige; in der Grösse erreichen sie die Grenze des eben Sichtbaren; — von ihrem Auftreten gilt das gleiche wie von den Clostridien. — Die Natur derselben ist nicht ganz klar; möglicher Weise sind sie als Entwicklungsformen der Clostridien aufzufassen; — vielleicht auch als Mycoderma Pasteurianum (Hansen) oder als die von Virchow erwähnten amorphen Detritusmassen im Auswurf bei Lungengangrän ähnliche Körper, die sich mit Jod blau färben.

Eine Anzahl anderer Pilzformen kommen so ausserordentlich selten vor, z. B. Bacillus Ulna, dass sie nur als zufälliger Befund zu betrachten sind, andere, z. B. Oïdium albicans gehören pathologischen Zuständen an und sollen an anderer Stelle besprochen werden.

Von den genannten, im normalen Stuhl vorkommenden Pilzformen können die Mikrokoccen und Bacterium termo in Zusammenhang gebracht werden mit Fäulnissvorgängen, der Saccharomyces (Hefenpilz) kann in Beziehung gebracht werden mit der Umsetzung des Zuckers. — das Clostridium butyricum ist als das Ferment der Buttersäuregährung nachgewiesen (Prazmowski); die Bedeutung der zuletzt beschriebenen kleinsten Bakterien, die mit Jod sich blau färben, sowie des Bacillus subtilis ist noch nicht vollständig aufgeklärt.

Engesser (Freiburg i. B.)

---

243. **Nothnagel, Zur Klinik der Darmkrankheiten.** (Zeitschrift f. klin. Med. III, p. 241. 1881.)

Die Aufgabe, die sich Verf. in dieser Abhandlung gestellt, war, aus den Darmentleerungen Anhaltspunkte für die Beantwortung diagnostischer Fragen am Krankenbette zu erlangen; und zwar speciell die Frage zu erörtern, ob aus der Beschaffenheit der Darmentleerungen wahrscheinliche oder sichere Schlüsse zu ziehen sind auf die Natur und den Sitz eines im Darmkanal bestehenden Krankheitsvorganges. Während der erstere Punkt, die Natur der Erkrankungen betreffend, schon hinlänglich aufgeklärt ist, ist die letztere Frage bis jetzt noch wenig behandelt worden. Die Untersuchungen N.'s erstreckten sich in erster Linie auf die Darmkatarrhe, wobei jedoch auch andere Processe, Abdominaltyphus, tuberkulöse Darmleiden, Geschwürsprocesse etc. berücksichtigt wurden.

Das Hauptgewicht legt N. für die vorgestellten Zwecke auf die Makro- und Mikroskopische Untersuchung, weniger auf die chemische Analyse, die mehr eine physiologische Frage zu beantworten hat.

Um sich gegründete Ergebnisse zu erzielen, hat N. nicht bloss eine sehr grosse Anzahl von Darmentleerungen mikroskopirt, sondern eine vollständig systematische Prüfung durchgeführt, so dass die Entleerungen von vielen Kranken, so oft sie kamen, bis zum Tode makro- und mikroskopisch untersucht wurden. Aus der Gesammtheit der Analysen der einzelnen Fälle und aus der Vergleichung derselben wurden dann die folgenden Schlüsse gezogen, wobei sich N. hauptsächlich auf diejenigen Punkte beschränkt, die neue Thatsachen oder ein Abweichen von den bestehenden Ansichten enthalten.

Zunächst bespricht Verf. das makroskopische und mikroskopische Verhalten der Darmentleerungen im Allgemeinen.

1. Die Consistenz: man betrachtet in der Regel feste Entleerungen als normale, dünne als pathologische — breiige werden bald als normale, bald besonders die schmierig-breiigen, als krankhafte bezeichnet; die Festigkeitsgrade der breiigen Entleerungen sind durch verschiedene Ursachen bedingt:

a) durch innige Mischung von Schleim mit Koth. — Der Schleim ist öfter erst mikroskopisch nachweisbar — oft schon zu vermuthen, wenn bei Druck auf das Deckglas die Kothprobe ganz gleichmässig sich vertheilt und bei Nachlassen des Druckes keine Risse in der Masse entstehen. Makroskopisch kann solche Entleerung oft normal erscheinen, selbst gährend einen gewissen Grad von Festigkeit haben, häufig ist sie schmierig-breiig.

b) Die reichliche Anwesenheit von Fett macht den Stuhl weicher als normal, ähnlich dem bei Schleimbeimischung. — Doch gibt bloss das Mikroskop Aufklärung, ob es sich um Beimischung von Schleim oder Fett handelt.

c) Bei grösserem Wassergehalt zerdrückt sich der Koth unter dem Deckglas nicht gleichmässig zähe und läuft beim Nachlassen in vielen kleinen Streifen wieder zusammen. — Das Fehlen der Bestandtheile unter a, b und d unter dem Mikroskop sichert die Diagnose.

d) Reichliche Pflanzenbestandtheile machen den Koth breiig. Diese sind meist makroskopisch erkennbar; unter dem Deckglas zerdrücken sie sich nicht gleichmässig wie Schleim und Fett, sondern feinkörnig, kieselig. —

Ein weichbreiiger Stuhl, der nicht durch Abführmittel oder Diät (Fett, Obst, Gemüse), auch wenn täglich nur einmal erfolgt, lässt immer einen pathologischen Zustand annehmen. Betreffs der dünnflüssigen Entleerungen tritt N. der Ansicht entgegen, dass dieselben nach übermässigem Genusse von Flüssigkeiten, dünnflüssigen Nahrungsmitteln auftreten können; vorausgesetzt, dass indifferente Flüssigkeiten aufgenommen, selbst in Uebermass aufgenommen werden, erzeugen dieselben keine flüssigen Entleerungen; bei reichlichem Genuss kalten Wassers sind die entstehenden flüssigen Ausleerungen nicht auf die Menge des Wassers, sondern auf die durch Kälte erzeugte vermehrte Peristaltik des Magens zurückzuführen.

Die festen Kothmassen bilden die normale Kothsäule. Diese ist zusammengesetzt aus einzelnen Ballen (Scybala), die bei längerem Stuhlgang oft einzeln entleert werden. Kleine solcher Ballen von Wallnuss- oder Haselnussgrösse haben ein oder zwei Rinnen. Diese Ballen

werden gebildet in den Hautris Coli oder die Einschnitte werden erzeugt durch die Vorsprünge, welche die Taeniae Coli bilden. Solche kleine schafkothähnliche, oft plattgedrückte Knollen, die meist von einfacher Obstipation bedingt, geben leicht zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung, indem man dahinter eine Verengung des Darms, auch Tumoren etc. vermuthet, während dieselben häufig durch eine Erlahmung der Darmperistaltik bedingt sind; freilich mag ein solches Verhalten auch bei pathologischen Zuständen beobachtet werden, die aber nicht immer Stricturen zu sein brauchen.

2. Die Reaction ist sehr wechselnd und desshalb für die Praxis wenig bedeutungsvoll. Die Stühle reagiren meist alkalisch, seltener sauer oder neutral. — Besonders Typhusstühle sind meist alkalisch, wiewohl auch hier Ausnahmen beobachtet werden; ein diagnostisches Moment bei zweifelhaften Fällen ist aus der Reaction somit nicht zu gewinnen. — Bei acuten Darmkatarrhen der Kinder wird die Reaction allgemein als sauer angenommen; aber auch hier ist dieselbe häufig wechselnd und nicht diagnostisch verwerthbar.

3. Die Farbe: hier hebt Verf. besonders die Gallenpigmentreaction hervor, die mit rauchender Salpetersäure ausgeführt, im normalen Stuhle stets fehlend pathologisch sehr häufig verkommt. N. betont hier besonders das Vorkommen von Gallenpigmentreaction bei Stühlen, denen Schleimfetzen von intensiv hell- oder orangegelber Farbe, die zahllose Sphärobacterien enthalten, beigemengt sind.

Auch kommen eigenthümliche rundliche Gebilde aus Schleim bestehend, an einzelnen Stellen im Stuhl vor, welche Gallenpigmentreaction geben, während an andern Schleimpartieen in demselben Stuhle diese Reaction fehlt.

Gelbgefärbte Fetttropfen und Cylinderepithelien kommen ferner vor, welche Gallenpigmentreaction geben.

Endlich kommen in demselben Stuhle oft festere und weichbreiige, fast flüssige Parthien vor, von welchen die letzteren die genannte Reaction zeigen, die ersteren nicht.

4. Die mikroskopisch in den Stühlen erkennbaren Salze und Krystalle. — a) Tripelphosphate, ohne pathologische oder diagnostische Bedeutung, die in normalen und pathologischen Stühlen vorkommen, oft in beiden auch fehlen. Sie erscheinen gewöhnlich in der bekannten Sargdeckelform, seltener in feiner Fiederform, ferner finden sich segmentirte Crystalle mit z. Th. abgesprengten Ecken; sehr selten finden sie sich in grösserer Ausdehnung aneinander gelagert; bisweilen endlich findet man in grossen Massen beisammen liegende Splitter zertrümmerter Sargdeckel. Das Vorkommen von unversehrten Crystallen und die saure Reaction geben Aufschluss über die Natur dieser Crystalltrümmer. Alle diese Crystalle werden durch Galle nicht pigmentirt; — nur einmal fand N. im Schleim eines Typhusstuhles durch Galle gefärbte Tripelphosphatkrystalle.

b) Neutraler phosphorsaurer Kalk, als plumpe Keile in drüsenartig gruppirten Haufen liegend, ohne diagnostische Bedeutung.

c) Gelbe Kalksalze, durch Gallenfarbstoff pigmentirt; — unter den oben genannten in normalen und pathologischen Stühlen vorkommend, zeigt keine Krystallformen, meist in vielfacher, unregelmässiger

Gestalt. — Oxalsaurer Kalk wurde von N. in der Form der kleinen Briefconvertkrystalle nur ein einziges Mal gefunden, in einem an Pflanzenparenchymzellen reichen Stuhle; ebenso wurde schwefelsaurer Kalk nicht gefunden, derselbe entsteht beim Zusetzen von Schwefelsäure zu den Kothmassen, behufs anderweitiger Reactionen. — Fettnadeln dürfen nicht damit verwechselt werden.

d) Cholesterin, Bestandtheil der normalen Fäces — chemischer Nachweis gelingt gewöhnlich, sehr selten der mikroskopische. Häufige Verwechslung mit Trümmern von Tripelphosphatkrystallen oder feinen Pflanzencuticulis. — N. hat sie mit Sicherheit nur zweimal nachgewiesen bei einem Kranken mit Carcinoma Cardia, der durch Clystiere aus Pepton, Wein und Eigelb ernährt wurde. Eine besondere diagnostische Bedeutung haben sie nicht.

e) Spindelförmige Krystalle, die von Charkot in leukämischem Blute, von Leyden bei Bronchialasthma gefunden, von Böttcher als „Spermakrystalle", (nach Fürbringer dem Prostatasecrete entstammend) beschrieben wurden, sind von Bäumler zuerst in den Entleerungen eines durch Anchylostomum duodenale anämischen Mannes, und einmal in den schleimigen Stühlen eines am Dickdarmkatarrh leidenden Kranken gefunden worden. — N. fand diese Crystalle bei Typhuskranken und Reconvalescenten, bei Phthisikern mit Dickdarmkatarrhen, bei Dysenterien; — stets waren den Stühlen reichlich Schleimmassen beigemengt und in den Schleimmassen waren meist die Krystalle eingelagert; die Stühle hatten alle alkalische Reaction; — die Krystalle selbst waren wechselnd in der Grösse.

5. Bestandtheile aus der eingeführten Nahrung. — a) Stärke kann im normalen Stuhle spärlich, in Pflanzenzellen eingeschlossen, vorkommen, in wohlerhaltenen isolirten Körnern kommt sie bei gemischter Kost niemals, in vereinzelten zertrümmerten Bruchstükken nur ausnahmsweis vor; jedes reichlichere Erscheinen ist als pathologisch anzusehen; wenigstens in den letzten beiden Formen. — Bei einem Typhusreconvalescenten konnte sie reichlich nachgewiesen werden — ein Fingerzeig für die Diät.

b) Muskeln: Muskelfasern sind in jedem normalen Stuhle bei gemischter Kost nachweisbar, doch nur in relativ geringer Menge. Bisweilen sind dieselben in ihrem äusseren Ansehen mehr weniger verändert; ohne Querstreifung, mit abgerundeten Enden, von Gallenpigment gefärbt mit Schleimmassen und Kalksalzen oft leicht zu verwechseln; — bei aufmerksamer makroskopischer Untersuchung mit tausendfacher Vergrösserung konnte N. stets Andeutungen von Querstreifung beobachten. — Bei manchen Darmerkrankungen wurden Muskelbruchstücke in übermässig grosser Menge mit den Faeces entleert; während Stärke gar nicht oder nur in ganz geringer Menge auftritt. — Dieses Verhalten findet sich besonders bei breiigen und dünnen Stühlen, dass dabei Erkrankungen des Pankreas eine Rolle mitspielen (Fles), ist nicht hinlänglich erwiesen.

c) Fett ist nicht selten in normalen Stühlen und bei gesunder Verdauung; meist in Nadeln und Büscheln, seltener in Tropfen vorkommend (ausser bei Kindern mit überwiegender Milchnahrung) — die Nadeln lösen sich in Wasser und bilden sich wieder bei Verdampfen

derselben. — Oft ist Fett sehr reichlich vorhanden; — im Uebermasse, bei Diarrhoëa adiposa (Stenorrhoëa) entleert, muss es als pathologisch betrachtet werden; — dieses wurde von N. auch ohne Erkrankung des Pankreas bei Phthisikern beobachtet, wobei die Farbe des Stuhles meist sehr hell, fast grüngelb war, ohne dass dabei Icterus bestand.

d) **Milch** erscheint in geronnenen Flecken, welche mikroskopisch reichliche eingeschlossene Fetttropfen erkennen lassen. — Stückchen geronnenen Eiweisses finden sich sehr oft in diarrhöischen Stühlen; — besonders beachtenswerth sind bei pathologischen Zuständen kleine rundliche Gebilde, von hellmaisgelber bis tiefdunkelgelber Färbung; diese Färbung ist bloss oberflächlich, bei Zerdrücken zeigen sie sich als homogene milchweisse Massen. Die Gelbfärbung ist bedingt durch Gallenpigment. — Sie zeigen die Reactionen des Eiweisskörpers und sind wahrscheinlich Casëin, welches aus der Milchnahrung stammt.

6. Der Schleim: Das Vorhandensein des Schleims in den Entleerungen ist nicht nur überhaupt, sondern auch im Einzelnen, betreffs der Form, der Farbe und der Lagerung in den Fäcalstoffen von diagnostischer Bedeutung, weniger für die Kenntniss der Natur derselben, als vielmehr des Sitzes. Obwohl stets Schleimbildung im gesunden Darm stattfindet, so ist dieselbe doch so gering, dass sie normaliter nicht erkennbar ist und jede makro- und mikroskopisch erkennbare Schleimbeimischung eine Abweichung von dem physiologischen Verhalten anzeigt; — unter physiologischen Verhältnissen finden sich bisweilen durch Hypersekretion bedingt einzelne Schleimfetzchen oder eine ganz dünne Schleimschicht auf einer festen Kothsäule; — sonst aber ist das Auftreten von Schleim pathologisch. Sein Verhalten und Erscheinen ist etwa folgendes:

a) er überzieht in dickeren, hellglasigen Massen die festen Kothsäulen;

b) er ist innig mit den Fäcalmassen gemengt und zwar entweder in Fetzen dem dünnen oder breiigen Stuhle beigemengt, oder er ist in kleinen mikroskopischen Partikelchen unter feste Kothmassen gemischt und dabei makroskopisch nicht wahrnehmbar;

c) die Stühle bestehen hauptsächlich aus Schleimmassen. Die Fäcalstoffe sind sehr unbedeutend; der Schleim ist meist hellglasig oder durch Rundzellen und Cylinderepithelien getrübt;

d) die Schleimcylinder bei der sog. tubulären Diarrhoe;

e) die sog. „Froschlaich“ oder „gekochten Sagokörnern“ ähnlichen Gebilde, werden z. Th. als Schleimklümpchen, z. Th. als pflanzliche Gebilde aufgefasst. N. neigt sich, gestützt auf die Jodkalireaktion und die makroskopische Untersuchung zu letzterer Ansicht (Virchow) hin;

f) runde gelbe Schleimkörner, zuweilen mit einem Stich in's Dunkelgrüne; — diese sind makroskopisch mitunter wie kleine Fleischpartikelchen oder wie gelbe Kalksalze bemerkbar. Dieselben haben die Grösse eines Mohnkornes, wechselnd in ihrer Menge. Vielfältig in dünnen Stühlen in grosser Masse getroffen, aber auch hier bei einem und demselben Patienten wechselnd; — Consistenz ist weich, oder zerdrücken sich gleichmässig nicht „krisselich“. Die chemischen

Reactionen, die andere Körper ausschliessen, charakterisiren sie als Schleimgebilde; das Mikroskop unterscheidet sie nicht deutlich von Muskelschollen, dagegen spricht gegen diese letzteren der Umstand, dass sie schon mehrere Wochen lang beobachtet worden, während deren kein Fleisch genossen wurde. — Die gelbe Farbe giebt die Gallenpigmentreaktion. Unter dem Mikroskop erscheinen sie als zahlreiche, durch Risse getrennte Schollen ohne Struktur, Formelemente finden sich keine in denselben.

Endlich finden sich ähnliche, aber grössere Gebilde, die N. als Schleimkugeln bezeichnet, besonders in dünnflüssigen Entleerungen.

7. Epithelien: Pflasterepithel findet sich selten in dem Schleim, der grosse voluminöse, geformte Kothsäulen überzieht, wohl blos mechanisch abgestreift vom Orificium ani; ganz ausnahmsweise einmal bei breiigem Stuhl. — Unter bestimmten Verhältnissen kann den Pflasterzellen ähnliches Epithel im Stuhl die Diagnose auf Carcinom des Darms begründen.

Cylinderepithelien werden häufiger beobachtet, meistens ungefärbt, zuweilen gelb gefärbt geben sie Gallenpigmentreaktion. — Selten sind dieselben ganz unverändert, meist getrennt, wirr durcheinander liegend; selten in dünnen Stühlen einige Exemplare zusammengekittet. Der Saum ist meist nicht mehr zu erkennen, die Form ist verkrümmt, der Inhalt zeigt meist noch das feingranulirte Protoplasma und den Kern; — zuweilen sind sie mit Fetttropfen gefüllt, stark vergrössert; als häufigste Veränderung beschreibt N. die „Verschollung“ und zwar in den weitest vorgeschrittenen Graden die „spindelförmige Verschollung“. — Diese, durch Abbildungen erläutert, besteht darin, dass die Zellen geschrumpft sind, statt fein granulirt, das Aussehen ist homogen, matt glänzend, wächsern, der Kern undeutlich — diese Veränderung zeigt die verschiedensten Abstufungen, welche neben einander vorkommen. — Die Epithelien liegen fast ausschliesslich im schleimigen Theil und zwar die grossen wohlerhaltenen Zellen in dünnen Stühlen, die verschollten mehr in dem Schleim, der die festen Kothmassen mit einer dünnen Schicht überzieht. — Als die Natur dieser Veränderung nimmt N. eine durch die energische Flüssigkeitsresorption seitens der Dickdarmschleimhaut und dem Darminhalt bedingte Wasserentziehung aus den Epithelien an, also eine Art Eintrocknung derselben.

8. Rundzellen kommen im schleimigen Theil der Stühle vor, und zwar in verschiedener Grösse, ähnlich kleinen weissen Blutzellen bis zu vollständigen Riesenzellen; — die Menge ist wechselnd, die Zahl der Epithelien gewöhnlich nicht übersteigend, einen Tag reichlicher, den andern Tag weniger reichlich — einfach katarrhalische Zustände der Darmschleimhaut sind auf die Menge derselben ohne Einfluss; überhaupt kommt beim einfachen Darmkatarrh eitriger, an Rundzellen reicher Schleim nicht zur Beobachtung, das Vorhandensein desselben in den Dejektionen weist auf ulceröse Prozesse hin.

9. Das Blut; das Vorkommen rother Blutzellen in den schwarzen theerartigen Massen, welche bei Hämorrhagien im oberen Theil des Darms entleert werden, sowie auch häufig in den deutlich blutig rothgefärbten Stühlen bei Typhösen, Ruhrkranken etc., ist sehr häufig

mikroskopisch nicht nachweisbar, die chemische und spektroskopische Untersuchung gibt darüber Aufschluss.

10. Thierische Parasiten, zum gewöhnlichen Vorkommen gehören die Eier von Darmparasiten (Tänien, Ascaris lumbricoides, Oxyuris vermicularis, Trichocephalus dispar). Man trifft ferner ziemlich oft eine Art Monaden, meist todt, als kreisrunde Kugeln von verschiedener Grösse; daneben findet man dieselben bisweilen noch lebend in lebhafter Bewegung, von birnförmiger Gestalt, deren Spitze sich in einen dünnen Faden auszieht, welcher rasch hin und her schwingt — auch andere Bewegungen werden beobachtet: — Wimpern, oder geisselartige Fortsätze ausser den oben besprochenen fadenförmigen Verlängerungen der Spitze waren nie zu beobachten. — Die Zahl der Monaden ist wechselnd, gewöhnlich spärlich, mitunter so zahlreich, dass sie schon mikroskopisch wie ein hellglasiger Schleimklumpen unter dem Deckglas erkennbar sind. — Dieselben werden in einer grösseren Reihe von Krankheitszuständen beobachtet; ein Zusammenhang ihres Vorkommens mit einer ganz besonderen Beschaffenheit der Stühle lässt sich nicht feststellen; lebende Formen kommen nur in dünnen Dejektionen vor. — N. hält diese Parasiten für harmlose Bewohner des Darms, die weder einen mechanischen noch chemischen Reiz ausüben auf die Darmschleimhaut.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

244. **Nicolaus Filatow,** Privatdocent und ordinirender Arzt im Kinderspitale zu Moskau, **Ueber benzoesaures Natron bei Diphtheritis.** (Archiv für Kinderheilkunde 1881, II. Band, 6. und 7. Heft.)

Während 5 Wochen wurden in das Kinderspital zu Moskau 14 Patienten mit Diphtheritis aufgenommen, von denen 4 bei Behandlung mit Berthollet'schem Salz oder Carbolsäure mit Chinin verbunden, genasen, zwei 3 Stunden nach ihrer Aufnahme starben, und die übrigen acht mit Natr. benzoic. behandelt wurden. Ausserdem wurde dasselbe noch in 2 Fällen der Privatpraxis, also zusammen in 10 Fällen, von denen die Krankengeschichten mitgetheilt werden, angewandt. In den meisten Fällen wurde das Natr. benzoic. als Inhalation jede halbe bis eine Stunde angewandt; in den wenigen Fällen, wo sich die Kinder sträubten und den Mund nicht gehörig offen hielten, wurde das Mittel innerlich gegeben. Unter den auf diese Weise behandelten 10 Fällen waren 7 an idiopathischer Diphtherie erkrankt, von denen 5 mit Tod, 2 mit Genesung endeten; von den übrigen Fällen scarlatinöser Diphtherie war der Ausgang in Genesung bei 2, in Tod bei einem. Bei diesen 6 Todesfällen trat die Erkrankung von vorn herein sehr schwer auf.

Verfasser schliesst deshalb, dass das Natron benzoic. nicht als specifisches Mittel gegen Diphtherie zu betrachten sei, da es in schweren Fällen die septische Blutvergiftung nicht verhütet, in leichteren Fällen aber dem Weiterschreiten der Diphtherie nicht entgegen wirkt.

2. Kommt die Ablösung der Membranen nicht früher zu Stande als bei der sonstigen Behandlung.

3. Der Einfluss des Natr. benzoic. auf die Körpertemperatur ist nicht deutlich ausgesprochen.

4. Dagegen ist hervorzuheben, dass das Natr. benzoic. von dem Verdauungstractus gut vertragen wird und keine schädliche Wirkung auf die Herzthätigkeit hat.

Kohts (Strassburg).

Neue Bücher.

Arthuis, L'électricité statique et l'hystérie. Paris, Doin. 2 fr.

Aufrecht, Pathologische Mittheilungen. 1. Heft, Magdeburg. A. & R. Faber. 3 M.

Braithwaite, The retrospects of Medicine. Vol. 83. London, Simpkin. 6 sh. 6 d.

Bréjon, Du diagnostic différential de l'hématurie et de l'hémoglobinurie, principalement dans quelques maladies endémiques des pays chauds. Paris, Davy.

Callias, De la résorcine et de son emploi en thérapeutique, recherches expérimentales et cliniques. Paris, Berthier.

Cazin, des varices pendant la grossesse et l'accouchement. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Charier, De l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement ou tétanos. Paris, imp. Davy.

Dürr, Bericht üb. die ophthalmologische Thätigkeit in den Jahren 1877—1880 und über einhundert Staar-Extraktionen ausgeführt nach v. Gräfes Methode. Hannover, Schmorl & von Seefeld. 50 Pf.

Eichhorst, Lehrbuch der physikal. Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. Theil I. Untersuchung von Haut, Temperatur, Puls, Respirationsorganen. Mit 102 Abbildungen in Holzschnitt. (Wredens Samml. med. Lehrbücher II. Bd.), Braunschweig, Fr. Wreden. pr. cplt. 17 M

Eulenberg H., Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Bd. I. Berlin, Hirschwald. 17 M.

Goldzieher, Therapie der Augenkrankheiten für praktische Aerzte und Studirende. Stuttgart, Enke. 7 M.

Kaposi, Pathologie und Therapie der Syphilis, 1. Hälfte. Mit 10 in den Text gedr. Holzschnitten. Stuttg. Enke. 5 M. 20 Pf.

Lahs, Die Achsenzug-Zangen mit besonderer Berücksichtigung der Tanier'schen Zangen, eine geburtshülfl. Abhandlung. Mit 4 Tafeln. Stuttgart, Enke. 2 M. 80 Pf.

Reumont, A., Syphilis und Tabes dorsalis. Aachen, J. A. Mayer. 2 M. 60 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 30. Juli. Nro. 18.

245. **Dr. Butry** (Kirn), **Ueber eine maligne Pneumonieepidemie im Dorfe Becherbach.** (Deutsches Archiv für klin. Med.)

Eine Bestätigung der von Leichtenstern ausgesprochenen Ansicht, dass die croupöse Pneumonie eine durch ein specifisches Gift hervorgerufene Infectionskrankheit sei, scheint Verf. mit seinen Beobachtungen zu finden, die eine Epidemie von croupöser Pneumonie in einem 460 Seelen starken Dorfe betreffen (alle umliegenden Ortschaften waren frei von Pneumonie).

Es wurden 20 Personen betroffen (darunter 8 Kinder), von denen 9 starben. Vorzugsweise waren Leute befallen, die durch früher überstandene Lungenentzündung zu erneuter Erkrankung disponirten. Einzelne Familien zeigten sich besonders stark betroffen. Die Epidemie begann mit leichteren und vereinzelten Fällen, nahm allmählich an Zahl und Bösartigkeit zu, um wieder mit einzelnen zum Theil abortiv verlaufenden Fällen zu endigen.

Der klinische Verlauf zeigte nur in einzelnen Fällen den typischen Charakter (Gehirnerscheinungen, Delirien, Apathie, Somnolenz), dagegen

war auffallend häufig und intensiv hämatogener Icterus (der rothbraune Harn enthielt keinen gewöhnlichen Gallenfarbstoff).

Milzschwellung fehlte in allen Fällen, Herpes labialis zeigte sich in 6 Fällen.

Ausser dieser Epidemie berichtet Verf. noch kurz über eine Hausepidemie in einer allein gelegenen Mühle, wo der Vater, Mutter und Enkelkind erkrankten, nachdem der auswärts dienende Sohn mit einer doppelseitigen Pneumonie ins Haus zurückgebracht war.

Seifert (Würzburg).

---

246. **Dr. Röhring** (Bamberg), **Ein Fall von Peliosis rheumatica bei einem Kinde.** (Berliner klin. Wochenschrift No. 26. 1881. 27. Juni.)

C. K., fast 9 Jahre alt, von schwächlicher Konstitution, stammt von gesunden Eltern. Seine 6 Geschwister sind ebenfalls gesund. Am 2. Januar fand Verf. bei dem äusserst anämischen Kinde am unteren Rückentheile sowie an beiden Gesässbacken „eine Reihe vereinzelter, linsengrosser, braunrother, mitunter die Farbennüancirung der Hautquetschung darbietender Knötchen, welche unter Fingerdruck nicht schwanden.“ Das Kind klagte über Schmerzen in sämmtlichen Hand-, Knie-, und Fussgelenken; die diesen Körpertheilen entsprechende Hautparthie war oedematös, eine Steifigkeit der Gelenke war jedoch nicht vorhanden. Am folgenden Tage fand Verf. an den beiden Ober- und Unterschenkeln, sowie in den Unterarmen eine beträchtliche Anzahl punktförmiger, nicht juckender purpurrother flacher, unter dem Fingerdrucke unverändert bleibender Flecke in der Grösse einer Linse, und mitunter etwas grösser, theils vereinzelt, theils konfluirend, die bald mit bekannter Farbenveränderung verschwanden. Die Behandlung bestand in kräftiger Nahrung und in der Verabreichung von Eisen, Wein, Bier etc., sowie in der Anwendung von Umschlägen von Carbolwasser auf die hämorrhagischen Stellen. Im Laufe des Monats Januar recidivirte die Purpura mehrmals, und auch im Februar traten ein Mal an den Unterschenkeln einzelne Petechien auf, die aber mit keinen weiteren krankhaften Erscheinungen im Gesammtorganismus verbunden waren. Verf. verordnete noch zur Hebung der Gesammtkonstitution mit „Eisenpulver vermischte tägliche lauwarme Wasserbäder.“ An diesen Fall schliesst Verf. noch einen tödtlich verlaufenden Fall von Purpura rheumat. bei einem 20jährigen Infanteristen an. Derselbe, am 12. December 1872 in das Militärkrankenhaus aufgenommen, hatte Schmerzen in sämmtlichen Gelenken, und Tags darauf waren die Streckseiten der Extremitäten mit erhabenen Extravasaten besetzt. Mehrmals traten reichliche Hämorrhagien der Bronchialschleimhaut auf. Ende December ereignete sich ein Nachschub der petechialen Proruption um die beiden Fussgelenke mit geringer Schwellung, und zwar rechterseits so hochgradig, dass Geschwürsbildung eintrat. Häufige Lungen- und heftige Darmblutungen. P. starb unter den Erscheinungen einer rechtsseitigen Pleuropneumonie. Bei der Sektion fand man Schwellung der Bronchial-

und Mesenterialdrüsen, Geschwüre im Verlaufe des Mastdarms, sowie unzählige Blutextravasate in der etwas geschwellten Milz. Gelenkhöhlen und Gelenkmembranen wurden nicht berücksichtigt.

Kohts (Strassburg).

---

247. **Dr. Danillo, Beiträge zur Kenntniss der durch Malaria bedingten Nervenerkrankungen.** (Medicinsky Westnik 1880. Nr. 6, 7, 8, 9.)

Verfasser hat eine grosse Zahl (206) Malariakranken an der Donau im vorigen russisch-türkischen Kriege in Behandlung gehabt; darunter haben 6 (2, 9 %) folgende Fälle derselben mit nervösen Erscheinungen complicirt, seine Aufmerksamkeit auf sich gezogen: 5tägiger Verfolgungswahn, welcher mit Temperaturerhöhung schwand; in 2 Fällen eine ausgesprochene nach einer Reihe von Anfällen entwickelte Melancholie mit Verfolgungsideen, Verweigerung von Nahrungsaufnahme verbunden etc.; Neuralgia occipitalis, welche alle 3 Tage wiederkehrte; in einem Fall hat sich die Malariaerkrankung nur in Palpitatio cordis tertiana kundgegeben und schliesslich Facialparalyse nach einer Reihe von Anfällen. — Alles Fälle zweifellosen malarischen Ursprungs.

Danillo nimmt an, dass die Malaria als aethiologisches Moment der Psychosen unter Mitwirkung sonstiger ungünstiger Umstände, wie Anämie, deprimirter psychischer Zustand etc. angesehen werden muss. Die Seltenheit der vom Verfasser beobachteten malarischen Nervenerkrankungen führt er auf das Alter der von ihm behandelten Patienten zurück (es waren meist Soldaten unter 30 Jahr). — Bekanntlich sind Psychosen mehr Complicationen eines vorgerückten Alters.

Krusenstern (Petersburg).

---

248. **Dr. Rosenbluhm, Zur Kenntniss der Psychosen bei Malaria.** (Arbeiten aus dem Stadthospital in Odessa.)

Dr. Rosenbluhm hat an aus Bulgarien zurückgekehrten Soldaten seine Beobachtungen angestellt. Es werden 11 Krankengeschichten angegeben. Das Alter der betreffenden Patienten schwankte zwischen 25 und 30 Jahr; Alle haben an Malaria während der Kriegszeit gelitten, jedoch nicht in gleichem Grade. Die gewöhnliche psychische Erkrankung in Folge von Malaria bestand in primärer Melancholie (7 Fälle), in einem Fall acute maniacalische Störung, in zwei Fällen dementia paralytica; ein Fall betraf einen Patienten, der an Encephalitis chronica schon vordem krank war, in einem andern Fall war Patient Tabetiker.

Vorübergehende Excitationserscheinungen wurden häufiger beobachtet, sie waren meistens mit Temperaturerhöhung verbunden.

Der Krankheitsverlauf war bei Melancholikern grösstentheils hartnäckig. Fast in allen Fällen begannen die psychischen Krankheitserscheinungen während der Rückkehr auf dem Dampfboot oder sehr bald nach der Ankunft, was wohl auf durch das Schaukeln des Schiffes bedingte vermehrte Hirnanämie zu beziehen ist. Die psychischen Störungen bei Malaria aber überhaupt beruhen wahrscheinlich auf Veränderungen der Capillarendothelien des Gehirns und der Nervenelemente selbst; Verfasser stimmt betreffend seiner mikroskopischen Untersuchungen mit Dr. Afanassjeff überein (Virchows. Arch. 1881. B. 84. H. I.). Die Pigmentirung der Nervensubstanz spielt, nach Rosenbluhm, nur eine untergeordnete Rolle.

Chinin, Arsenik, Eisenpräparate wurden mit gutem Erfolge angewandt.

Krusenstern (Petersburg).

---

249. **Dr. Meyer** (Allershausen), **Zum Hitzeschlag.** (Aerztliches Intelligenzblatt Nr. 27 u. 28. 1881.)

Verf. bringt in der Einleitung zu seinem Aufsatz eine ausführliche Schilderung der Pathologie des Hitzeschlages mit Citaten aus der einschlägigen Literatur und geht dann mit dem Hinweis auf die Aetiologie des Sonnenstichs und Hitzeschlags als zweier schroff getrennter Erkrankungsformen zu seinen eigenen Beobachtungen über, die er während seiner 15jährigen Thätigkeit in A. gesammelt hat.

Es trat im Sommer 1873 und 1880 Hitzeschlag unter Erntearbeitern gehäuft auf. Im ersteren Jahre gingen (vom 28. Juni bis 11. Aug.) 106 Kranke zu, meist in Gruppen von je 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11—15 und in Intervallen von 0 bis mehreren Tagen aus 52 Ortschaften, im Sommer 1880 kamen innerhalb 71 Tagen (2. Juli bis 11. September) 108 Kranke in Behandlung (die meisten ebenfalls in Gruppen und in Intervallen) aus 31 Ortschaften.

Die höchste Zahl fällt im Jahre 1873 auf den 13. Juli mit einer Temp. von 22° C. Nachmittags bei grosser Luftschwüle und mittlerem Barometerstand von 317,3'''. Der Schwerpunkt im Jahre 1880 liegt auf dem 24. August (die Erntearbeiten waren verzögert durch den feuchten Sommer) mit einer Mittagstemperatur von 24° C. bei bedecktem Himmel und niedrigem Barometerstand.

Als Grundzug in der Meteoration zur Erntezeit ergibt sich aus den genauen dort angegebenen Beobachtungen der Charakter grosser Schwüle (Wärme, Feuchtigkeit, niederer Barometerstand, Schwäche der Luftströmung).

Das Geschlecht war ziemlich gleich betheiligt.

Disponirt erschienen meist Dienstboten, welche die Nacht in schlecht ventilirten Räumen (Pferdeställen, Dachkammern) zubringen mussten oder solche, die Tags vorher (Sonntag, Montag) Extravaganzen sich erlaubt hatten.

Im Jahre 1873 war das stadium prodomorum ein sehr kurzes, im Jahre 1880 dagegen ein protrahirtes.

Apoplectischer Insult trat nur 1 mal ein in Folge direkter Einwirkung der Sonnenstrahlen.

Das Irritationsstadium war bei den Fällen aus dem Jahre 1873 entschieden ausgeprägt und 1—2 Tage dauernd, im Jahre 1880 kam es eigentlich sofort zur Depression.

Aus der Schilderung des Krankheitsverlaufes (s. Krankengeschichten) ergibt sich die Unterscheidung in fieberlose leichte Fälle und fieberhafte Fälle verschiedener Intensität. Das Fieber war entweder continuirlich oder mit leicht remittirendem Typus, meist am 6. Tage kritisch abfallend.

Die schweren Fälle waren charakterisirt durch drohende Herzparalyse und Lungenödem.

Milz zeigte sich in allen Fällen aus dem Jahre 1880 geschwellt, oft bis zur auffallenden Grösse. Abschwellung war meist am 5. Tage bis zur Hälfte vollzogen.

Die Behandlung war meist gerichtet auf die Herabsetzung der Temperatur durch kaltes Getränk, kalte Begiessung des Kopfes, kalte Umschläge auf Kopf und Brust, Chinin subcutan; in anderen Fällen waren eher Reizmittel nothwendig (Rothwein, Campher subcutan).

Narcotica kamen nie zur Anwendung.

In prophylactischer Hinsicht empfiehlt sich Fürsorge für bessere Reinhaltung der Haut (Anregung der Hautthätigkeit durch morgendliche kalte Waschungen und Flussbäder) sowie bessere Sorge für Abkühlung und Lüftung der Schlafräume.

Seiffert (Würzburg).

---

250. **Dr. Beckler,** (prakt. Arzt in Fischen), **Encephalitischer Herd der Hirnrinde. Hemianaesthesie auf der entgegengesetzten Seite. Tod nach Convulsionen und Sopor.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt Nr. 24. 1881.)

Ein früher gesunder Mann fühlt sich nach einer Pneumonie nicht mehr recht wohl, die Gemüthsstimmung verändert sich (zornig, unmuthig, reizbar, dazwischen gedrückt in der Stimmung), Schwäche, Stirnschmerz, fast beständig Schwindel.

Aussenseite der linken Extremitäten und der linken Rumpfhälfte anästhetisch, Gesicht und Hals hatten ihr normales Hautgefühl, diese Hemianaesthesie wird als Verschlafen- oder Pelzigsein mit Kribbeln, Kältegefühl geschildert.

Die nächsten 10 Tage nach der ersten ärztlichen Untersuchung Besserung der subjectiven Beschwerde mit Ausnahme der Hemianaesthesie.

Eines Nachts heftige Convulsionen, den Mund nach links verzogen, beide Pupillen starr und erweitert, Schaum vor dem Mund, Kiefer stark geschlossen, Zunge gegen die Zähne angepresst. Im Ganzen 10 solcher Anfälle von verschieden langer Dauer. Später Temperatursteigerungen, Beklopfen des Kopfes links empfindlicher als rechts. Am

10. Tage nach dem 1. Anfall somnolenter Zustand, Cheyne-Stockes'sche Respiration, Aphasie, 4 Tage nachher starke Delirien (Fluchtversuche). Nach 11 weiteren Tagen unter Zunahme des Sopors erfolgte der exitus lethalis.

Die Gehirn-Section ergab einen taubeneigrossen sclerotischen Herd von röthlicher Farbe mit einem stecknadelkopfgrossen Herd dicken grünlichen Eiters (in der Mitte), der seinen Sitz auf der medialen Fläche des gyrus frontalis superior hatte. Auf der linken Seite eitrige Infiltration der Arachnoidea, die übrigen Theile des Gehirns gesund.

Seifert (Würzburg).

---

251. **Dr. Dochmann, Ein Fall von Hysterie.** (Wratsch 1881. Nr. 10.)

Hysterie als eine Form der febris larvata gehört bekanntlich zu grossen Seltenheiten: Dochmann beobachtete bei einem 22jährigen, normal menstruirten Mädchen hysterische Anfälle, deren Ursache er in den Malariaerkrankungen sucht und zwar aus folgenden Gründen: Pat. hat früher an Malaria gelitten, die Anfälle waren regelmässig intermittirend, erheblicher Milztumor, Anschwellung der vergrösserten Milz während der Anfälle und eclatante Wirksamkeit des Chinins auf den ganzen Krankheitsverlauf.

An Malariafieber hat Pat. zum ersten Mal als 9jähriges Mädchen und später etwa vor 4 Jahren wieder gelitten; während letzter Krankheit trat als Complication eine neuralgia dentalis hinzu.

Anamnestisch wurde festgestellt: der erste Anfall von Hysterie trat plötzlich nach einem Spaziergang auf, ohne nachweisbare direkte Veranlassung und wiederholten sich allmählig häufiger, schliesslich kamen sie gar mehrere Mal an einem Tage (namentlich während der Menstruationsperiode) vor.

Als Pat. in die Klinik eintrat, wurden regelmässig jeden Tag um 8 Uhr Abends und Morgens 2 ausgesprochene, in der Zwischenzeit 1—2 leichtere Anfälle beobachtet; so soll es auch in letzter Zeit vor dem Eintritt gewesen sein.

Jedem Anfalle gingen deutliche Vorboten voraus: Herzpalpitation, Kopfweh und globus hystericus, dem ein Druck im linken Hypochondrium resp. von der vergrösserten Milz voranging. Bei Eintritt dieser Empfindung pflegte sie sich gewöhnlich ins Bett zu legen, ehe der Anfall noch stattfand und dann verlief der Anfall folgendermassen: Pat. rückwärts liegend, Füsse und Hände ausgestreckt, Augen geschlossen; Puls 130 bis 140; fortschreitende Respirationsfrequenz bis 60—80—100 in 1', darauf eine Minute dauernde vollständige Athempause, welcher zuerst langsame, später sich wieder beschleunigende Respiration folgt. — Bei jedem Exspirium gibt Pat. einen bestimmten Ton von sich, dessen Höhe mit der Frequenz der Athmung zunimmt. — In gleichem Rhythmus, wie die Respiration, führt Pat. Bewegungen (Wackelbewegungen) mit dem Kopf und bisweilen mit dem Becken aus.

Nach mehreren solchen Anfällen liegt Pat. einige Zeit ruhig, es zeigen sich nur Zuckungen in einzelnen Gesichtsmuskeln, namentlich um den Mund.

Jetzt folgt eine Periode sehr energischer Körperbewegungen: nach einigen Minuten ruhigen Verhaltens tritt ein tiefes Inspirium ein, Pat. öffnet die Augen, fasst den Kopf mit den Händen, richtet sich im Bett auf, bückt sich und wirft sich wieder auf das Kissen zurück; solche Bewegungen wiederholen sich rhythmisch mehrere Mal. Es kommt nicht selten vor, dass Pat. während dieser Periode weint, sich beklagt, zuweilen Fluchtversuche ausführt etc. Zwischen den einzelnen Bewegungen verhält sich Pat. ruhig und redet ununterbrochen irgend einen Satz, ihn mit verschiedener Intonation wiederholend, doch ist dabei die Reihenfolge der einzelnen Worte verschieden.

Meist schlief Pat. nun ein, bisweilen aber trat noch eine dritte Anfallphase ein, Pat. nahm allerhand leidenschaftliche Posen ein, lächelte, flüsterte leise vor sich hin etc.

Mit dem Schlaf ging der Anfall vorüber, der Schlaf ist von verschiedener Dauer, gewöhnlich ganz normal ruhig.

Pat. fühlte sich nach dem Schlaf ganz wohl.

In letzter Zeit wurde Pat. von 2—4 Anfällen täglich überfallen, die 20′ bis 2 Stunden dauerten.

Die erste Phase des hysterischen Anfalles (Respiratio apnoeae) blieb nie aus, dagegen traten die anderen Phasen nicht regelmässig ein, am häufigsten fehlte die dritte.

Gleich im Beginn des Anfalls war Pat. im Stande, ihn zu unterdrücken, doch war dann der nächstfolgende Anfall intensiver und von längerer Dauer.

Dochmann verordnete 12 grm Chloralhydrat-Kamphermischung, ein Mittel, welches Verf. mit Erfolg bei verschiedenen Nervenleiden gebraucht hatte; zugleich wandte er Chinin an (subcut. Injection von 5 bis 10 Tropfen Chinin. bimuriatici carbomidati, aq. destill. āā; später 0,3 grm Chinin, 2 Mal täglich per os.). Die hysterischen Anfälle schwanden ziemlich rasch; die zeitweilig auftretenden Kopfschmerzen gaben nach Anwendung einiger Dosen des Chloralhydratcamphers auch nach. —

Einige Wochen später, nachdem Pat. die Klinik verlassen hatte, überfielen sie ein Paar Fieberanfälle, welche mittelst grosser Dosen Chinins coupirt wurden.

Krusenstern (Petersburg).

---

252. **Dr. Bastelberger, Experimentelle Studien über Entartungsreaction.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, p. 562.)

Verf. unterzieht die von Vulpian aufgestellte Behauptung, dass die durch Verletzung motorischer Nerven beim Kaninchen erhaltenen Reactionsveränderungen in sehr inkonstanter Weise erfolgen, einer eingehenden Prüfung. Vulpian, der am blosgelegten Muskel experimen-

tirt hat, verwirft die durch perkutane Reizung erhaltenen Resultate vollständig. Goldschmidt hat gezeigt, dass Vulpian's wenig zahlreiche und unvollkommen angestellte Versuche keine weitergehenden Schlüsse gestatten, konnte jedoch ebenfalls am blosgelegten Muskel weder die Steigerung der galvanischen noch das Fehlen der faradischen Erregbarkeit nachweisen. B. hat nun, von der Vermuthung ausgehend dass diese überraschenden Ergebnisse die Folge einer Beeinträchtigung der Muskelirritabilität durch die Art der von Goldschmidt angewendeten Elektroden seien, seine Versuche mit unpolarisirbaren Elektroden angestellt. Nach Durchschneidung des L. N. ischiadicus an Kaninchen wurden Muskel (Gastrocnemius) und Nerv der einzelnen Thiere in Zeiträumen vom 3.—80. Tage nach der Operation auf der gesunden wie auf der operirten Seite erst perkutan, dann in blosgelegtem Zustande auf ihre elektrische Erregbarkeit geprüft. Die genauere Methode der Operation etc. der elektrischen Prüfung ist im Original nachzusehen. Auf die blosgelegten Nerven wurden Fleischel'sche Pinselelektroden, auf die entblössten Muskel Du Bois'sche Stiefelelektroden applicirt (beide unpolarisirbar). Nach 12 in dieser Weise angestellten Versuchen konnte B. das von Leegaard bei Kaninchen ausnahmslos gefundene normale (für den Menschen gültige) Zuckungsgesetz nicht ohne Ausnahme, aber in den meisten Fällen bestätigen. So trat einmal am gesunden Beine, sowohl am bedeckten als auch am freigelegten Muskel die ASZ vor der KSZ auf und war grösser als die letztere; in einem anderen Falle stellte sich am nackten Muskel zuerst ASZ ein, während bei der Untersuchung durch die Haut normaler Weise die KSZ voraufging. Die Erklärung dieser Anomalie, welche auch Goldschmidt zwei Mal gefunden, kann nicht in der Versuchsanordnung gesucht werden. B. bespricht nun die einzelnen Punkte der typischen Entartungsreaction mit Bezug auf seine Versuchsreihe. 1. Herabsetzung bis Erlöschen der faradischen Erregbarkeit des Muskels. Es fand sich: Reaktion auf der gesunden Seite bei einer relativ geringen Stromstärke; auf der operirten Seite dagegen selbst bei Anwendung stärkster Ströme, welche durch Stromschleifen die umliegenden Muskel erregen, keine Zuckung und am blosgelegten Muskel nur ganz schwache auf die Gegend der Elektrode beschränkte fibrilläre Zuckungen. 2. Steigerung der galvanischen Erregbarkeit des Muskels. Diese wurde konstatirt innerhalb der Zeit vom 3.—58. Tag, während sich am 72. und 80. Tage eine Abnahme der Erregbarkeit auf der gelähmten Seite herausstellte. Die Steigerung der galvanischen Erregbarkeit erwies sich aber als individuell sehr verschieden und fehlte in einem Falle vollständig. 3. Ueberwiegen der ASZ zeigte sich ebenfalls konsequent durch alle Versuche an dem operirten Bein, sowohl bei perkutaner als bei Untersuchung des entblössten Muskels. Die zur Erzielung der verschiedenen Zuckungen erforderlichen Stromstärken lagen sehr nahe bei einander; auch die KOZ war sehr leicht zu erhalten. Vom Nerven aus konnte selbst bei Anwendung stärkster faradischer wie galvanischer Ströme keine Reaktion, weder perkutan noch nach Freilegung des Nerven erzielt werden. In einigen Fällen war dagegen in dem centralen Stücke die sensible Leitung noch erhalten.

Die Behauptung Vulpian's, dass die Entartungsreaktion sich am blosgelegten Nerven und Muskel nicht nachweisen lasse, ist demgemäss unrichtig. Es besteht zwischen dem elektrischen Verhalten des bedeckten und des blosgelegten Muskels kein anderer Unterschied als „der durch den Leitungswiderstand der Haut und durch die eventuelle Trennung des natürlichen Zusammenhangs des Muskels mit den Nachbargebilden und dadurch veränderte Stromleitung bedingte".

Stintzing (München).

---

253. **John Campbell Graham, Ein neues specifisches regulatorisches Nervensystem des Athemcentrums.** Vorläufige Mittheilung. (Pflüger's Archiv. Bd. XXV.)

Bei einer auf Pflüger's Veranlassung unternommenen Untersuchung der reflektorischen Funktionen der Eingeweidenerven, fand Verfasser, dass nicht allein, wie bisher angenommen, sensibele Aeste des Vagus einen eminenten regulatorischen Einfluss auf die Mechanik der Athembewegungen haben, sondern, dass auch in der Abdominalhöhle sich sensibele Fasern verbreiten, von analoger Funktion wie die entsprechenden Fasern der Vagi und mit diesen das regulatorische Athemnervensystem der Pleuraperitonealhöhle darstellen.

Folgendes sind die Versuche:

Präparirt man beim Kaninchen nach Eröffnung der Abdominalhöhle ohne Eröffnung des Thorax unter dem Diaphragma ein möglichst langes Stück des nervus splanchnicus frei, was am leichtesten auf der linken Seite ausführbar ist, schneidet es durch und legt den centralen Stumpf auf die Bleche der stromzuführenden Vorrichtung, so steht die Athmung jedesmal im Zustande der Exspiration still, sobald nach geöffnetem Tetanisirschlüssel die Ströme des Schlittenmagnetelektromotors in den Nerven einbrechen. Das Diaphragma geht in eine starke Exspirationsstellung — also Erschlaffung über, die Bauchmuskeln als Exspiratoren gerathen in heftige Contraktion.

Wenn der Nerv durchschnitten und wieder zusammengeklebt oder durch einen feuchten Faden ersetzt wird, gelingt der Versuch nicht mehr. Der Versuch gelingt auch, wenn die beiden Vagi und Sympathici am Halse durchschnitten sind. Bemerkenswerth ist, dass nach dieser Operation der Erfolg noch viel prägnanter ist, was theilweise seinen Grund in der verringerten Frequenz und vermehrten Tiefe der Athemzüge hat. Beginnt der Reiz während das Zwerchfell in exspiratorischer Stellung ist, so bleibt es da stehen; beginnt er während es in Inspiration begriffen ist, so kehrt es sofort in tiefste Exspirationsstellung zurück. Lässt man die reizenden Ströme im Splanchnicus allmählich anwachsen nach Durchschneidung der Vagi am Halse, so vermindert sich erst die Zahl der Athemzüge; bei weiterer Steigerung der Induktionsströme steht die Athmung in Exspiration still.

Dieser Versuch ist so sicher wie der berühmte Traube'sche Vagus-Versuch, und eignet sich vorzüglich, um in Vorlesungen gezeigt zu werden, da er nie versagt.

Nach Durchschneidung der Medulla oblongata in ihrem vordersten Theile, so dass der Zusammenhang des Gehirns mit der Medulla oblongata und spinalis aufgehoben ist, wirken die gereizten Splanchnici unverändert weiter und erzeugen Respirationsstillstand im Zustande der Exspiration.

Nach Durchschneidung der Medulla spinalis zwischen dem 11. und 12. Dorsalwirbel bleibt der Erfolg der Splanchnicusreizung ebenso bestehen.

Nach Durchschneidung der Medulla spinalis zwischen dem 4. und 5. Dorsalwirbel hat die Reizung der Splanchnici ihren Effekt verloren.

Die Reizung des centralen Splanchnicus-Endes hat die gleiche Wirkung, wenn sich das Thier im Zustande der Dyspnoe oder Apnoe befindet.

Kochs.

---

254. **Gerhardt, Lungenphthise, tuberkulöse Geschwüre des Magens und Darmes, heilendes tuberkulöses Geschwür des Kehlkopfs, schrumpfende, linksseitige Pleuritis, Pneumopericardie.** (Verhandl. der physik. med. Gesellschaft, Würzburg 1881.)

Bei einem hereditär nicht belasteten Manne von ursprünglich äusserst kräftiger Constitution entwickelten sich in verhältnissmässig kurzer Zeit eine Reihe beachtenswerther Krankheitssymptome.

Der Mann, früher luetisch inficirt, Alkoholiker, bot seit 2 Jahren mehrfache Erscheinungen rasch fortschreitender Lungenphthise mit in den Vordergrund tretenden Symptomen von Seiten der Larynx.

Während seines letzten Spitalaufenthaltes traten plötzlich bei nicht ungewöhnlichen Bewegungen Erscheinungen auf, wie sie das Entstehen eines Pneumothorax zu begleiten pflegen.

Bei der Untersuchung fand sich Verschwundensein der Herzdämpfung, an deren Stelle tief tympanitischer Percussionsschall. Die Diagnose konnte schwanken zwischen abgesackten Pneumothorax und Pneumopericardie, die Section bestätigte letztere Annahme.

Die Larynxaffection von Anfang stark ausgeprägt, bestand in einem tiefen Längsriss mit aufgeworfenen, abstehenden, papillenartig emporstehenden Rändern — eine Form, wie sie besonders bei Phthise sich findet, die sich auf „spirituös-luetischem Boden“ entwickelt hat.

Durch antiluetische Behandlung wurde kein Erfolg erzielt, dagegen war die von A. Schmitt in Frankfurt angegebene Behandlungsweise — tiefe Incissionen, Inhalationen von benzoesaurem Natron, Balsam. peruvian. — von auffallend günstigem Erfolg: es war bei der Section ein fast geheiltes Geschwür. Für die Beurtheilung des Heilerfolgs führt Verfasser unter anderen folgende Erklärung an: Bei alter Lues entwickelt sich Phthise mit frühzeitiger Ulceration an der hintern Kehlkopfwand — frühzeitig Jod — Quecksilberbehandlung heilt beide. — Der eigentliche tuberkulose Process tritt hinzu früher in Lunge als Kehlkopf, die Larynxerkrankung behält noch ihre Heilbarkeit durch Antiluetica, jene verlor sie, später ist auch die Kehlkopferkrankung

nicht mehr durch Antiluetica heilbar, aber sie bleibt noch für die Behandlung tuberkulöser Geschwüre ein günstigeres Heilobject, als solche ohne luetischen Ursprung. Von diesem Gesichtspunkt aus hält Verfasser die Heilung nicht für ganz unabhängig von dem ursprünglichen luetischen Character.

Hauptinteresse in dem Falle bietet noch die Pneumopericardie: Die Entstehungssymptome waren ähnliche wie bei Pneumothorax, doch viel heftigere Athemsnoth, Collaps, Erbrechen bezeichnet Verf. als durch den respir. Druck der Luftblase auf das Herz hervorgebracht. Das Fehlen einer ganzen der Pneumopericardie zukommenden Symptomengruppe erklärt Autor durch die Kleinheit der eingetretenen Luftblase, das Fehlen besonders der metallischen Phaenomene durch die flache Form derselben.

Neidert (Würzburg).

---

255. **Dr. Seiler, Ascites im kindlichen Alter.** (Berliner klin. Wochenschrift No 26. 1881.).

Verf. berichtet über eine 13jährige Patientin, die von gesunden Eltern stammt, und deren Geschwister gesund sind. Im Alter von 2 Jahren hatte sie Masern und „Nervenfieber", im Alter von 6 Jahren eine Gehirnentzündung, von der jedoch nichts Genaueres bekannt ist. Vor 2 Jahren erkrankte sie an Lungenentzündung. Bis vor 2 Jahren wurde sie sehr häufig, und ohne dass sie einen Grund anzugeben weiss, von Unwohlsein befallen, das jedoch in längstens 24 Stunden ohne Behandlung wieder wich. Mitte Juni v. J. wurde sie geimpft. Im Februar dieses Jahres begann sie ein Anschwellen des Unterleibs zu bemerken. Am 8. Juni wurde die P. in die Diaconissenanstalt zu Dresden aufgenommen. Die Kranke ist von schlankem Körperbau, Hautfarbe blass, Knochenbau gracil, der Unterleib ist stark aufgetrieben. — Ascites. Leber lässt sich nicht abgrenzen. Kein Anasarca. 11. Juni Punktion; es werden 4½ Liter seröser hellgelblicher, stark eiweisshaltiger Flüssigkeit entleert. Am 25/6. ist die Leber als ein bis in die mittlere Bauchgegend unter den Rippen hervorragender Tumor zu fühlen. — Medication: Ung. hydrarg. ciner. in den Bauch einzureiben, Priessnitz'sche Umschläge während des halben Tages, Jodkali innerlich. Am 10. Juli erscheint die Leber um 3 Querfinger verkleinert. Die bisherige Medication wird aufgegeben, statt derselben liqu. ferri sesquichl. Jodkali des Morgens. Am 23/7., also nach 6 Wochen, verlässt die P. als geheilt die Anstalt. Sodann rekapitulirt der Verf. einen anderen Fall (Jahresb. d. Ges. für Natur- u. Heilk. 1877/78). Ida W., 4 Jahre alt, am 10. Dec. 1868 litt an einem enormen Ascites. Am 12. Dec. wurden 2—3 Liter eines weisslich opalisirenden Serums entleert. Die Leber zugleich als enormer bis an die spina ossis ilei reichender Tumor. Medication wie oben. Ende Januar 2. Punktion. — Die Behandlung wurde 2 Monate fortgesetzt, dann roborirend verfahren. Am 18. August wurde das Kind gesund entlassen, die Leber reichte jedoch noch bis unterhalb der Nabellinie. Als Verf. 1877 das nunmehr 13jährige

Mädchen wieder sah, war von der früheren Krankheit nichts mehr zu bemerken, die Leber war vollkommen normal. Hierzu kommen noch 2 Fälle eines 7jährigen und eines 15jährigen Mädchens. Verfasser lässt täglich Ung. hydrarg. ciner. dil. à 2,0 in den Unterleib einreiben, 12 Stunden tägl. Priessnitz'sche Umschläge machen, Jodkali 1,0 täglich verabreichen. Die Kur wurde 30—40 Tage fortgesetzt und nachher liquor ferri sesquichlorati (11 : 150 in 3 Tagen zu verabreichen) verordnet.

Die Schlussfolgerungen des Verf. sind: 1) Der einfache Ascites im kindlichen Alter beruht, sobald Tuberkulose ausgeschlossen, immer auf Hepatitis syphilitica diffusa oder circumscripta gummosa, auch in solchen Fällen, wo sonstige Zeichen einer syphilitischen Erkrankung fehlen. Die bisher bekannten Fälle gehören in die Kategorie der Syphilis hereditaria tarda.

2) Derselbe ist immer durch Quecksilber oder Jod oder durch Combination dieser Heilmittel heilbar.

Die einzige andere Möglichkeit ist die, dass im kindlichen Alter eine heilbare einfache hypertrophische Lebercirrhose vorkommt.

Kohts (Strassburg).

---

256. **Rumler, Ueber Myxom und Schleimgewebe.** (Inauguraldissertation, Bonn 1881.)

Die von Virchow eingeführte Trennung der Myxome von den übrigen Geschwülsten fand rasch allseitigen Beifall seitens der Pathologen und Kliniker. Das unterscheidende Merkmal jener Schleimgeschwülste war weniger die histologische Beschaffenheit, die von der des übrigen Bindegewebes nur unwesentlich abweichen sollte, als die chemische Zusammensetzung. Es sollte sich nämlich das Myxom von den anderen Bindegewebsgeschwülsten durch den Gehalt seiner Grundsubstanz an Mucin unterscheiden. Aber einerseits wurde von den Histologen immer wieder die histologische Gleichheit des Schleim- und Bindegewebes betont und andererseits gewann allmählich die Ansicht an Boden, dass beide Gewebe Mucin enthalten. Letztere Vorstellung wurde besonders durch Eichwald und Kühne verfolgt und zu dem Resultat durchgeführt, dass fast sämmtliche thierischen Gewebe Mucin enthalten. Damit musste aber die Unterscheidung zwischen Schleim- und Bindegewebe fallen. Es fragte sich nur noch, ob nicht das sogenannte Myxom weit mehr Mucin enthalte als das übrige Bindegewebe und ob unter pathologischen Verhältnissen jene Trennung aufrecht zu erhalten sei. Verf. untersuchte zur Entscheidung der Frage zunächst ein Prototyp des Schleimgewebes, die Nabelschnur, für welche Koester nachgewiesen hatte, dass sie histologisch keineswegs zur Kategorie des Schleimgewebes gehöre. Er fand bei Analysirung derselben nur höchst geringe Mengen Mucin. Die gallertige Beschaffenheit der Nabelschnur ist nur zwischen den Windungseinschnürungen vorhanden und muss dieselbe erklärt werden durch oedematöse Durchtränkung in Folge behinderter Circulation. Auch die gallertige Degeneration des epicardia-

len Fettgewebes ist nicht einer Zunahme des Mucins zuzuschreiben. Dieselbe kommt zu Stande durch Schwund des Fettes unter dem Drucke von Stauungsoedem. Letzteres erklärt sich durch das Vorkommen der gallertigen Degeneration bei marastischen Individuen mit geringer Herzkraft und kann die Stauung erschlossen werden einmal aus der starken Füllung der Capillaren und Venen, sodann aus der bräunlichen Färbung des Gallertgewebes, die aus Auflösung von ausgetretenen rothen Blutkörperchen resultirt. Ganz ähnlich erklärt sich das Gallertknochenmark, dessen Mucingehalt ebenfalls ein höchst geringer ist. Auch bei der Blasenmole legt die mikroscopische Untersuchung den grossen Antheil der Blutstauung bei der Ausbildung der Geschwulst nahe, die ja aus einzelnen mit dünnen Stielen zusammenhängenden Beeren besteht. Der Zug der letzteren bewirkt leicht eine Verengerung des Stieles und venöse Stauung. Gscheidlen konnte in den Blasenmolen nicht mehr Mucin nachweisen als in sonstigem Gewebe vorkommt. Ganz gleiche Resultate ergab die Untersuchung der Wasserpolypen die nur aus oedematösem lockerem Bindegewebe bestehen und bei denen eine oedematöse Durchtränkung sich leicht durch Zerrung der Geschwulst an ihrem Stiele erklärt. Virchow hält das Schleimgewebe für junges Fettgewebe und nahm die erste Veranlassung zur Aufstellung der Schleimgeschwülste aus der Beobachtung eines Lipo-myxoms des Oberschenkels. Aber diese Geschwulst lässt sich gegen Virchow verwerthen, denn es waren gallertig jene Theile, die von der Hauptgeschwulst bis auf einen Stiel abgeschnürt waren. Es lässt sich diese Erscheinung sehr gut erklären durch venöse Stauung in dem abgeschnürten Lappen, die dadurch veranlasste oedematöse Durchtränkung und den ebenfalls daraus resultirenden Schwund des Fettes. Ganz so war es in einer vom Verf. untersuchten grossen Geschwulst der Bauchhöhle, ebenfalls einem Lipo-myxom, bei welchem auch die Hauptmasse Lipom, die peripher gelegenen Abschnitte, die mit jener nur durch dünne Stiele zusammenhängen, aber sogenanntes Myxom waren. Es ergab sich nun, dass einmal histologisch der Schwund des Fettes deutlich verfolgt werden konnte und dass andererseits der Mucingehalt ein äusserst geringer war. Also auch hier liegt die Erklärung so, dass ganz wie bei den bisher genannten Geweben und Geschwülsten eine venöse Stauung, in diesem Falle wie bei der Blasenmole und den Wasserpolypen durch die Zerrungscompression des Stieles der Geschwulst veranlasst, eine oedematöse Anschwellung und einen Schwund des Fettes bewirkt hatte.

Ribbert.

---

257. **S. Tubini, Influenza di alcuni alcaloidi dell' oppio sulla quantità di urea, emessa colle urine.** Ueber den Einfluss einiger Alkaloide des Opiums auf die Menge des mit dem Urin entleerten Harnstoffs. (Annali univ. di med. e chir. 1881. Heft 5.)

F. hat seine Experimente an Menschen, Hunden, Kaninchen, Meerschweinchen und weissen Mäusen in der Weise angestellt, dass er

die salzsaure Verbindung der betreffenden Alkaloide subcutan injicirte, nachdem die Versuchsobjecte mehrere Tage hindurch eine der Quantität und Qualität nach bestimmte und bei allen Versuchen gleiche Nahrungsmenge zu sich genommen hatten, und während dieser Zeit täglich die mit dem Urin entleerte Harnstoffmenge bestimmt worden war. Natürlich wurde auch während der Dauer des Versuchs genau die gleiche Nahrung gereicht. Seine Resultate sind folgende.

Morphin (Dosis 1 cgr für Mensch, Hund und Kaninchen, 5 mgr für Meerschweinchen und Maus) vermehrte bei Mensch und Maus die Harnstoffmenge im Verhältniss von 100 : 103 resp. 100 : 108; bei den übrigen Thieren trat eine Verminderung ein, am stärksten beim Hunde 100 : 78. Auch die CO_2ausscheidung war bei den Versuchsthieren entsprechend vermehrt oder vermindert.

Codein (Dosis wie oben) hatte Vermehrung des Harnstoffs beim Menschen (100 : 123), Verminderung bei den Thieren (am stärksten beim Kaninchen 100 : 70) zur Folge. Auch hier entsprechende Verminderung der CO_2ausscheidung bei den Thieren.

Narcein (Dosis wie oben) vermehrte die Harnstoffausscheidung beim Menschen (100 : 116), verminderte sie, ebenso wie die CO_2ausscheidung bei den Thieren.

Narcotin (dieselbe Dosis) brachte mässige Vermehrung des Harnstoffs beim Menschen (100 : 103), stärkere beim Kaninchen und Meerschweinchen (100 : 114 resp. 137), Verminderung bei den andern Versuchsthieren hervor.

Papaverin (dieselbe Dosis) verursachte Vermehrung der Harnstoffausscheidung beim Menschen und Hunde 100 : 119 resp. 117), Verminderung bei den übrigen Thieren.

Thebaïn (Dosis 1 cgr für Mensch und Hund, 5 mgr für Kaninchen und 3 mgr für Meerschweinchen und Maus) hatte Vermehrung der Harnstoffausscheidung bei allen Versuchsobjecten zur Folge, am stärksten beim Meerschweinchen (100 : 143), bei Menschen im Verhältniss von 100 : 121.

Brockhaus (Godesberg).

---

258. **L. Lewin und O. Rosenthal, Das Verhalten des Chrysarobins bei äusserlicher und innerlicher Anwendung.** (Virchows Archiv 1881. Bd. 85.)

Die Verf. stellten sich die Aufgabe, nachzuweisen, in welcher Form in den Thierkörper eingeführter Chrysarobin den Organismus wieder verlässt. Das zu den Versuchen zu verwendende Chrysarobin stellten L. und R. selbst aus Ararobapulver dar durch Extrahiren mit heissem Benzol und wiederholtes Umkrystallisiren des so gewonnenen Produktes aus Eisessig. Das Präparat wurde an Kaninchen verfüttert in der Weise, dass es mit Brodkrumen zu Pillen geformt wurde. Der Harn so behandelter Thiere färbte sich bei Zusatz von Alkali oder auch, wenn er durch Selbstzersetzung alkalisch geworden, dunkelroth.

Die gleiche Reaction lieferte ein wässeriger Auszug der Faeces. Es deutet dieselbe auf die Anwesenheit von Chrysophansäure hin. Sie wurde noch deutlicher constatirt, wenn der Harn der mit Chrysarobin gefütterten Thiere im Wasserbad eingedampft und dann mit Benzol ausgezogen wurde. Wurde das von dem Harn abgehobene, fast farblose Benzol darauf mit Natronlauge versetzt, so entstand an der Berührungsfläche beider Flüssigkeiten eine deutliche, violettrothe Zone, die allmählig sich dunkler färbte.

Wurde die Fütterung einige Tage hindurch am selben Thier fortgesetzt, so wurde unter Abnahme der Fresslust der Harn bluthaltig. Noch 10 Tage nach der letzten Dosirung liess sich Blut und Chrysophansäure nachweisen.

Es folgt aus diesen Beobachtungen, dass das Chrysarobin innerhalb des Körpers diejenigen Bedingungen findet, die nöthig sind, um dasselbe zu Chrysophansäure zu oxydiren, ein Vorgang, der ausserhalb des Organismus unter Anwendung oxydirender Substanzen in der Weise verläuft, dass unter Sauerstoffaufnahme das Chrysarobin in Chrysophansäure und Wasser umgesetzt wird.

Da bei Versuchen, die früher schon von Schroff und Buchheim mit Chrysophansäure angestellt wurden, keine toxischen Wirkungen beobachtet wurden, so führen L. und R. die Hämaturie auf das mit der Chrysophansäure gleichzeitig ausgeschiedene Chrysarobin zurück, gestützt auf die Erfahrung, dass dieser Körper reizende Eigenschaften besitzt. Diese bedingen, wenn das Chrysarobin, zumal in grösseren Dosen, gegeben wird, katarrhalische Zustände der Magendarmschleimhaut mit dem dieselben begleitenden Erbrechen und Durchfall.

Die zweite Frage war die: Wird das Chrysarobin von der gesunden Haut aus resorbirt? Den Nachweis für die Realität dieses Vorgangs zu führen gelang an Kaninchen, denen eine Salbe von Chrysarobin 2,0 in Axungia porci 30,0 auf von den Haaren befreite Körperstellen aufgestrichen wurde. Die Haut färbte sich dabei braunroth, 4 Tage nach der ersten Einreibung, die täglich wiederholt wurde, gab der Harn mit Natronlauge die Reaction der Chrysophansäure. Im weitern Verlauf des Versuchs wurde der Harn eiweisshaltig, am 7. Tage nach der letzten Einreibung starb das stark abgemagerte Thier. Die Section ergab nun eine leichte parenchymatöse Entzündung beider Nieren.

L. und R. kommen demgemäss zu dem Schlusse, dass das Chrysarobin von der gesunden Haut resorbirt wird, zum Theil im Körper sich oxydirt, zum Theil aber unverändert in die Nieren gelangt und dort seine Reizwirkung äussert. Es folgt daraus, dass auch beim Menschen bei äusserer Behandlung mit Chrysarobin die Möglichkeit des Eiweissaustrittes mit dem Harn wohl zu berücksichtigen ist.

Schulz.

---

259. **Dr. Dochmann, Ueber die Wirkung des Chloralhydrat-Kamphers.** (Prot. des Aerztlichen Vereins in Kasan. September 1880.)

Verfasser beobachtete, dass Kaninchen unter dem Einflusse einer Mischung von Campher und Chloralhydrat (ana) in kataleptischen Zustand verfallen, der bei kleinen Dosen dieser Mischung mehrere Stunden anhält, wobei aber Reize noch ausgelöst werden. Grössere Dosen rufen einen an Chloroformnarcose erinnernden Zustand hervor.

Die Dosen sind; 0,25 bis 1,5 ccm subcutaner Injectionsmasse.

Krusenstern (Petersburg).

---

260. **Dr. Korn** (Berlin), **Chloralhydrat in der Lokalbehandlung der Diphtherie.** (Deutsche medicin. Wochenschr. 1881. Nr. 22.)

Je nach dem Alter der Patienten, der Ausdehnung und Intensität der örtlichen Affection bedient Verfasser sich einer 15—30 procentigen Chloralhydratlösung in Glycerin. Das Glycerin verbessert den schlechten Geschmack des Chlorals und unterstützt dessen antiseptische Wirkung. Wenn die Lösung nicht zu concentrirt ist, darf man dreist den ganzen Pharynx damit bepinseln.

Rokitansky, welcher eine 50%ige Lösung anwandte, hat selbst in dieser Lösung keinen nachtheiligen Einfluss auf das gesunde Gewebe beobachtet. Die Pinselungen müssen in der ersten Zeit 2 stündlich geschehen, und zwar darf der Pinsel nicht zu stark angedrückt werden, damit keine blutenden Stellen entstehen; doch hat Verfasser niemals gesehen, dass verletzte oder leicht blutende Stellen neue Herde für Einlagerungen geworden waren; statt des weichen Haarpinsels kann man in Fällen, wo die Einlagerung tief und begrenzt ist, ein an der Spitze weich umhülltes Stäbchen nehmen.

Bei dieser Behandlung schwanden die Einlagerungen auch in den schwersten Fällen nach 3—4 Tagen. Sobald normales Gewebe zum Vorschein kommt, müssen die Pinselungen ausgesetzt werden.

Chloralhydrat ist deshalb als lokale Behandlung sehr zu empfehlen:

1. weil es den Krankheitsprocess auf seinen ursprünglichen Sitz beschränkt, indem es tief in das submuköse Gewebe eindringt, ohne einen entzündlichen Reiz in der Umgebung zu verursachen;

2. weil es den Schmerz und die Schluckbeschwerden lindert.

Kohts (Strassburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **9. August.** **Nro. 19.**

261. **Bouley, De la vaccination contre le charbon symptomatique.** Impfung gegen Milzbrand. (Comptes rendus. T. XCII. Nr. 24.)

Verf. berichtet die Resultate, welche Arloing, Cornedin und Thomas bei der Vaccination einer grösseren Anzahl von Thieren mit dem Gifte des symptomatischen Milzbrands — einer Abart des echten Milzbrands — erhalten haben. Ueber die Methode der Vaccination und über die Erklärung des Zustandekommens der Infection sind schon früher Mittheilungen gemacht worden (Referat s. diese Zeitschr.).

Es wurden zwei Versuchsreihen angestellt. Die erste hatte den Zweck zu zeigen, dass durch die Vaccination überhaupt Immunität gegen spätere Impfungen erzielt wurde.

1. Ein vor 14 Monaten mittelst intravenöser Injection geimpftes Kalb erhielt 1 ccm von sehr giftiger, aus einer Milzbrandbeule stammender Flüssigkeit in den Schenkel injicirt, — es traten weder locale noch allgemeine Folgen auf.

2. Dasselbe bei einem vor 11 Monaten mittelst intravenöser Injection geimpften Kalbe.

3. Ein 16 Tage altes Kalb, dessen Mutter sechs Monate vor dem Ende der Schwangerschaft, ebenfalls intravenös, geimpft worden war, erhielt eine Injection von 0,5 ccm Gift in den Schenkel, — keine Vergiftungserscheinungen.

4. Dasselbe bei einem vor 15 Tagen intratracheal geimpften Schafe, — das Thier blieb gesund.

Dagegen erlag ein vorher nicht geimpfter Schafbock, dem ebenso wie den obengenannten Thieren 0,5 ccm des Giftes in den Schenkel injicirt worden waren, schon 2 Tage darauf der Vergiftung.

In der zweiten Versuchsreihe wurden an verschiedenen anderen Thieren (Schwein, Ratte, Hund, Kaninchen) subcutane und intramuskuläre Impfungen mit demselben Gifte gemacht, aber ohne Effect; es giebt also Thierspecies, welche von Natur gegen den symptomatischen Milzbrand resistent siad.

Verf. bespricht ferner den Unterschied zwischen der von Arloing, Cornedin und Thomas geübten Methode der Vaccination gegen symptomatischen Milzbrand und der von Pasteur gegen den echten Milzbrand geübten. Bei der letztern Methode wird das abgeschwächte Gift angewandt, bei ersterer das natürliche, dessen allzu energische Wirkungen jedoch durch die Art der Application abgeschwächt werden: das Gift wird mitten in den Blutstrom eingeführt, und hier finden die Mikroorganismen — wohl wegen der Concurrenz der Blutkörperchen — keinen günstigen Boden für ihre Entwickelung. So verschieden aber beide Methoden sind, das Resultat — Immunität — ist das gleiche.

Lüderitz (Jena).

---

262. **Pasteur, Chamberland und Roux, Compte rendu sommaire des expériences faites à Pouilly-le-Fort, près Melun, sur la vaccination charbonneuse.** Kurze Mittheilung über die zu Pouilly-le-Fort, bei Melun gemachten Versuche über Milzbrand. (Comptes rendus T. XCII. Nr. 24.)

Auf Vorschlag der Société d'Agriculture de Melun machten die Verfasser an einer grösseren Anzahl von Thieren folgende Versuche über prophylactische Milzbrandimpfung.

Am 5. Mai 1881 wurden 24 Hammel, 1 Ziege und 6 Kühe mit je 5 Tropfen eines abgeschwächten Milzbrandgiftes mittelst Pravaz'scher Spitze geimpft. Am 31. Mai geschah an ebendenselben Thieren sowie an 24 gesunden Hammeln, 1 Ziege und 4 Kühen die Inoculation mit echtem sehr virulentem Milzbrandgift. Zwei Tage später ergab sich: die vaccinirten Thiere, sowohl Hammel als Ziegen und Kühe, sämmtlich ohne Zeichen von Erkrankung; von den nicht vaccinirten waren bereits 22 an Milzbrand gestorben, drei andere starben im Laufe des Tages. Nur die Rinder überstanden die Krankheit, sämmtliche (nicht vaccinirte) zeigten jedoch ausgedehnte Anschwellungen um die

Impfstelle herum und eine Erhöhung der Körpertemperatur bis zu 3 Grad. Schon früher hatten die Verf. gefunden, dass Rinder sich gegen Milzbrand resistenter verhalten als Haemmel.

Am 3. Juni starb eines von den vaccinirten Schafen, es war trächtig gewesen, und nach dem Urtheil der Thierärzte hatte der Tod des Foetus den Tod der Mutter herbeigeführt.

In der Vaccine — Virus des Milzbrandes besässen wir somit ein Mittel, das gegen Milzbrand immun macht, und dessen Infectiosität wir nach Belieben graduiren können.

In dem Programm, das der Ausführung dieser Versuche zu Grunde lag, befinden sich noch folgende Paragraphen:

„Die Hammel, die an Milzbrand gestorben sind, sollen auf einem eingehegten Platze neben einander in besonderen Gruben begraben werden;

„Im Mai 1882 werden auf diesen Platz 25 neue Hammel gebracht, und diese werden sich dann inficiren mit den Milzbrandkeimen, welche inzwischen durch die Regenwürmer auf die Oberfläche des Bodens gebracht sind;

„In einer dicht daneben befindlichen Umzäumung wird eine zweite Anzahl von 25 Hammeln untergebracht, und von diesen wird keiner sich mit Milzbrand inficiren".

Lüderitz (Jena).

---

263. **Dr. Wisozjky, Beobachtungen über larvirte Wechselfieber.** (Dnewnik obsteschtwa kasanskieh wratschej 1881. Nr. 4.)

Verf. beobachtete zwei Fälle von intermittirender Angina (einmal an sich selbst). Es traten täglich ein regelmässig gegen 7 Uhr Abends objective Symptome einer acuten catarrhalischen Angina mit Schmerzen und Trockenheitsempfindungen im Rachen. Am Tage war der Rachen frei. Nach einer grossen Chinindose (Ij) schwand diese eigenthümliche Erkrankung vollständig. Im zweiten Fall schwanden die leichten Anginaerscheinungen während des Tages aber nicht, nur die Schlingbeschwerden liessen nach. Die in den ersten 6 Tagen angewandte locale Behandlung war erfolglos, die Krankheit wurde bald nach einigen Chinindosen geheilt. — Eine sonst gesunde Frau, welche bis dato nie an Hysterie gelitten hatte, bekam zwei Tage nacheinander Empfindungen des globus hystericus, Schluchzanfälle, Druckempfindungen in der Scheitelgegend; dabei keine Temperatursteigerung. Die hysterischen Anfälle kehrten nach einer mässigen Chinindose nicht wieder.

Schliesslich sind Dr. Wysotzky nicht selten Quotidian-, seltener Tertiananfälle vorgekommen, welche in heftigen Ohrenschmerzen bestanden, die 2 bis 8 Stunden andauerten; diese Fälle betrafen Patienten sowohl mit gesunden, als auch mit kranken Ohren. Bei Letzteren waren sonst keine weiteren Veränderungen weder im äusseren, noch im mittleren Ohre nachzuweisen; in der Apyrexie wurden keine Schmerzempfindungen in den Ohren wahrgenommen. Chinin war in solchen

Fällen von Otalgie wirkungslos, wie es auch bei andern Neuralgien oft vorkommt; tinctura eucalypti globuli dagegen hat sich in 80 Fällen gut bewährt; Verfasser giebt von dieser 3 Theelöffel in $^1/_2$ Spitzglas Wasser dreimal täglich.

Krusenstern (Petersburg).

---

264. Dr. Bogomoletz, Einige Worte über die Recurrensepidemie 1879—1880 in Kostroma. (Protocoli obschtestwa kostromskich wratschej 1881.)

Die Febris recurrens wurde nach Kostroma von einem vom Kriegsschauplatz zurückgekehrten Regiment eingeschleppt. Es erkrankten nur solche Personen, welche in directe Berührung mit Kranken gekommen waren. Dr. Bogomoletz giebt folgende Tabelle für die Dauer der Anfälle und Apyrexien an:

	mittlere Dauer in Tagen	Zahl der Beobachtungen	
Anfälle:	$6^1/_{19}$	38	I. Anfall.
Apyrexien:	$6^{14}/_{17}$	34	
Anfälle:	$3^3/_4$	36	II. Anfall.
Apyrexien:	$6^3/_4$	20	
Anfälle:	$2^{19}/_{20}$	20	III. Anf.
Apyrexien:	$4^3/_4$	7	
Anfälle:	$2^6/_7$	7	IV. Anf.
Apyrexien:	5	2	
Anfälle:	$3^1/_2$	2	V. Anf.
Apyrexien:	2	1	
Anfälle:	3	1	VI. Anf.
Apyrexien:	0	—	

Was die Prognose während der Apyrexie auf Wiederkehr eines Anfalls anlangt, so hat B. von Motschutkofsky's aufgestelltem Gesetz mehr Ausnahmen als Regel gefunden.

Krusenstern (Petersburg).

---

265. Dr. Dunin, Ueber die Recurrensepidemie in Warschau 1879—1880. (Medycyna 1880. Nr. 30, 31, 31.)

Die früheren Epidemien in Polen (1867—1868) hatten hauptsächlich das Militär befallen; in der letzten Epidemie aber fanden sich im Kriegshospital in Warschau solche Kranke gar nicht, obgleich in anderen Hospitälern viele Recurrenserkrankungen beobachtet wurden. — Dunin glaubt, dass die Febris recurrens nach Warschau aus den hungernden Gegenden eingeschleppt wurde; die kümmerlichen Lebens-

verhältnisse haben nach ihm die Verbreitung der Krankheit begünstigt.

Es erkrankten nicht selten sämmtliche Glieder einer Familie, ferner Aerzte und Wartepersonal; dieses wird von ihm wohl mit Recht auf die Contagiösität der Krankheit bezogen.

Zur Epidemiezeit kamen andere Typhusformen seltener vor, dagegen trat croupöse Pneumonie öfter auf.

Im Hospital waren sehr viel mehr erkrankte Männer (63,5 %) beobachtet, als Frauen. Das Mittelalter der Patienten betrug 28,8 Jahre.

Die Zahl der Anfälle schwankte zwischen 1 und 3, gewöhnlich waren es 3 Anfälle. Mitteldauer des ersten Anfalles war 6,5 Tage, des zweiten bis 4 Tage, des dritten bis 3 Tage. — Erste Apyrexie dauerte fünf bis zwölf Tage, Mitteldauer 7,5 Tage. Zweite Apyrexie fünf bis vierzehn Tage, Mitteldauer 8,7 Tage. Einmal dauerte die zweite Apyrexie zwanzig Tage.

Dunin hat keinen einzigen Anfall gesehen, bei welchem Spyrochaeten nicht nachzuweisen waren, zuweilen wurden diese schon vor dem Beginn des Anfalls, freilich nur in geringer Anzahl, im Blute gefunden. Die grössere oder mindere Zahl der Spyrochaeten stand in keinem Zusammenhange mit der Intensität des Anfalls.

Die Jaborandibehandlung erwies sich als vollkommen erfolglos. Die Therapie bezog sich auf Diät, Analeptica und Darreichung von grossen Chiningaben bei sehr hoher Temperatursteigerung.

Die Mortalität betrug 3,5%.

Die biliöse Form trat nur viermal auf und alle mit letalem Ausgang.

Krusenstern (Petersburg).

---

266. **Dr. Borchsenius, Ueber Complication des Rückfallstyphus mit Scorbut.** (Trudi obschtestwa russkich wratschej 1880.)

Verf. bespricht die Complication der Febris recurrens mit Scorbut auf Grund seiner 24 Beobachtungsfälle. In den meisten Fällen trat die F. recurrens bei schon an Scorbut leidenden Personen ein; in einigen Fällen aber gesellten sich die scorbutischen Erscheinungen erst nach dem ersten oder zweiten Anfalle hinzu. Unter 24 Patienten starben 2, also 8,3 %. — Das zunächst Auffallende beim Eintreten des Scorbuts war Herabsetzung des allgemeinen Ernährungszustandes: die Patienten magerten ab, wurden anämisch, die Gesichtsfarbe bekam ein erdigschmutziges Aussehen; die Haut war trocken und schilfernd; an den unteren Extremitäten waren Sugillationen vorhanden, und zwar in verschiedener Form, die Blutungen fanden statt in den Intermuscular- und in den Unterhautzellgeweben; Zahnfleisch aufgelockert leicht blutend. In schweren Fällen wurden Erkrankungen der Knorpel und zweimal Blutungen im Pericardium constatirt (beide mit exitus lethalis). — Die Anfälle waren zahlreicher und dauerten länger, als in zu derselben Zeit beobachteten uncomplicirten Recurrensfällen. Dasselbe gilt für

die Apyrexien. — Die Temperaturcurve stellte ein Bild des **remittirenden** Fiebers dar. Die Anfälle endigten atypisch und zwar beim ersten Anfalle in $^1/_8$, beim zweiten in $^1/_2$, beim dritten und vierten in $^2/_8$ der Fälle. Nicht selten gesellten sich auch Diarrhoeen hinzu.

Krusenstern (Petersburg).

---

267. N. P. **Demjankow, Zur Lehre von der Urämie.** Vorläufige Mittheilung. (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881, Nr. 28.)

Nach Frerich's Theorie geht der im Blute aufgesammelte Harnstoff unter der Einwirkung irgend eines Fermentes in kohlensauren Ammoniak über, welcher dann die Veranlassung der Urämie ist. Setzt man einer Harnstofflösung eine minimale Quantität Ferment zu, so wird dieselbe schnell in Ammoniak übergeführt (Musculus). Diese Eigenschaft des Harnstoffs berücksichtigend, injicirte D. in's Blut nephrotomirter Hunde (in die vena femoralis) eine Lösung reinen Harnstoffs, Harnstoff mit Ferment (mit einer minimalen Quantität in Gährung übergegangenen Harns) und Ferment allein. Zu konstanten Resultaten gelangte er aber erst, als er, in Berücksichtigung dessen, dass nach Entfernung der Nieren die Urämie gewöhnlich am 3. Tage beginnt, in's Blut der nephrotomirten Thiere diejenige Quantität von Harnstoff injicirte, welche dieselben im Harn während dreier Tage unter gewissen gleichmässigen Nahrungsbedingungen ausschieden.

1. Wenn wir bei einem nephrotomirten Hunde die Quantität Harnstoff, die er in den letzten drei Tagen vor dem Versuche ausgeschieden hatte, gelöst in 20—25 ccm destillirten Wassers, injicirten, so erhielten wir in der Regel sofort nach der Injektion keinerlei ausgeprägte Symptome, obgleich die urämischen Anfälle um 24 Stunden früher einsetzten als bei den Controllthieren.

2. Wenn wir bei einem nephrotomirten Hunde die dreitägige Harnstoffquantität in Verbindung mit Ferment injicirten, so erhielten wir die Symptome eines vollständigen urämischen Anfalls (Krämpfe, Erbrechen, stertoröses Athmen, Erweiterung der Pupillen und Koma) 20—40 Minuten nach der Injektion; derselbe dauerte verschieden lange, von $^1/_2$—2 Stunden und darauf krepirte das Thier entweder schnell, oder blieb einige Stunden in komatösem Zustande.

3. Wenn wir blos Ferment ohne Harnstoff mit der gleichen Quantität Wasser injicirten, so beobachteten wir nicht nur keine besonderen Symptome nach der Injektion, sondern auch keine Beschleunigung der Urämie.

3. Das während eines Anfalls aus der art. carotis entnommene und nach der Methode von Salkowsky untersuchte Blut gab nicht immer die Gegenwart von Ammoniak zu erkennen, ebenso wie nicht immer in der Exspirationsluft Ammoniak zu finden war.

5. Das nach Beendigung eines urämischen Anfalls, vor dem Tode des Thieres entnommene Blut liess dagegen bedeutend häufiger die Gegenwart von Ammoniak erkennen, ebenso war selbiges auch häufiger in der Exspirationsluft nachzuweisen. E. Bardenhewer.

---

268. **Dr. Astaschewsky, Zur Frage von der Urämie.** (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881, N. 27.

A. injicirte bei Hunden nach Unterbindung der Ureteren in die Femoralvenen koncentrirten Harn, Harnstoff, Kreatinin, die mineralischen Harnbestandtheile und endlich von den letzteren nur die Kalisalze. Genaueres über die Versuche ist im Original nachzusehen. Die Schlüsse, welche sich ergaben, sind die folgenden:

1. Die Bedeutung des Harnstoffs bei Entstehung der urämischen Erscheinungen ist gleich Null.

2. Es ist zweifelhaft, ob das Kreatinin eine hervorragende Rolle beim urämischen Prozess spielt.

3. Ungewöhnlich heftige Wirkung auf den Organismus üben die anorganischen Substanzen des Harns aus, indem sie Symptome, ähnlich den urämischen, hervorrufen, und sogar sehr schnell den Tod herbeiführen.

Auf Grundlage dieses heftigen Effekts bei Injektion der anorganischen Bestandtheile muss man zu der Ueberzeugung gelangen, dass ihre Zurückhaltung im Körper der Nephritiker eine enorme Bedeutung hat in Bezug auf die Entstehung urämischer Symptome, und unwillkürlich drängt sich der Gedanke auf, ist nicht die Urämie eine Selbstvergiftung des Organismus mit anorganischen Substanzen — und in hervorragender Weise — mit Kalisalzen?

E. Bardenhewer.

---

269. **W. Bechteren, Der Einfluss der Hirnrinde auf die Körper-Temperatur.** (St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1881, Nr. 25.)

B. bespricht zunächst die Untersuchungen von Landois, Eulenburg, Hitzig u. A. Auf Grund derselben musste man zu dem Schlusse kommen, dass die Gegenden der Grosshirnrinde, welche motorische Funktionen haben, nicht nur thermischen Einfluss, sondern auch gleichzeitig einen Einfluss auf Blutdruck und Häufigkeit der Herzschläge ausüben. In letzter Zeit jedoch sind von Vulpian und Küssner Einwürfe gegen die Resultate der früheren Autoren erhoben worden. Um in die thatsächlichen Widersprüche Klarheit zu bringen, hat B. eine Reihe von Experimenten an Hunden gemacht, mit Reizung und Zerstörung der Hirnrinde. Die Temperaturmessungen an den Gliedern wurden mit Seegen'schen Thermometern ausgeführt, deren diskusförmiger Quecksilberbehälter unter die Haut gebracht wurde. Diese Methode der Messung hat neben anderen insbesondere den Vortheil, dass die Einflüsse der Umgebung auf die Erhebung des Quecksilbers völlig ausgeschlossen werden. Ausserdem wurde das Geisler'sche Thermometer tief in's rectum eingeführt und bei einigen Versuchen noch je ein Thermometer in jedes Ohr. In tiefer Narkose wurde dem Thiere das Schädeldach trepanirt an der Grenze des Stirn- und Schläfenknochens, und darauf bei einigen Versuchen die freiliegende Hirnoberfläche mit schwachem Induktionsstrom oder mit Chlornatrium gereizt, in anderen

Fällen geätzt, oder durch vorsichtiges Abtragen mit dem Messer zerstört. Die Temperaturbeobachtungen wurden noch einige Tage nach der Operation fortgesetzt, wobei die Thermometer von Neuem in die Hautöffnungen der in Freiheit befindlichen Thiere gebracht wurden. Genaueres über die Einrichtung der Versuche ist im Original nachzusuchen.

Aus den Resultaten seiner Beobachtungen zieht B. folgende Schlüsse: Reizung der Hirnoberfläche an der Stelle des gyrus sigmoideus mit schwachem Induktionsstrom bewirkt eine Abkühlung der entgegengesetzten Extremitäten, welche am deutlichsten etwa 5—10 Minuten nach Beginn der Reizung hervortritt und einige Minuten nach Aufhören des Reizes noch anhält. Darauf schwindet die Abkühlung allmälig und die Temperatur der Extremitäten wird gleich. Analog wirkt eine Reizung mit chemischen Agentien, z. B. mit Chlornatrium. Dagegen bewirkt Zerstörung derselben Theile der Hirnrinde (durch Aetzung, Abtragung) eine Erwärmung der entgegengesetzten Extremitäten, welche einige Wochen lang anhalten kann, ungeachtet dessen, dass die Erscheinungen der Parese in einigen Stunden oder Tagen verschwinden. Meistentheils betrug dabei der Temperaturunterschied ungefähr 1° C., und selten nur stieg er auf 2—3° C. Die stärkste Erwärmung wurde meistens an derjenigen Extremität beobachtet, welche am stärksten paretisch war. Folglich muss man durchaus mit Hitzig's These übereinstimmen, dass der thermische Einfluss der Hirnoberfläche dieselbe Lokalisation hat wie die motorische Funktion, der Effekt seitens der vasomotorischen Fasern bei Reizung der Centren der Hirnrinde dauert aber in der Regel länger an, als der Effekt seitens der muskulomotorischen Fasern.

Die Beobachtung der Temperatur im Innern der operirten Thiere zeigte, dass nach Zerstörung der Hirnoberfläche immer eine Temperatur-Erniedrigung folgt, die im Laufe einiger Stunden bis zu 2—3° C. gehen kann, um nach einiger Zeit allmälig wieder bis zur früheren Höhe anzusteigen.

Bei allen Versuchen begrenzte sich die als Operationsgebiet dienende Stelle der Hirnrinde auf einen Rayon, der dem sulcus cruciatus benachbart, vor allem den äusseren Theil des gyrus sigmoideus umfasste; Versuche mit Zerstörung der ersten und zweiten Windung gleich hinter dem gyrus sigmoideus gaben negative Resultate. Daher kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die thermisch wirksame Region der Hirnrinde beim Hunde dieselben Grenzen hat, wie Hitzig's und Fritsch's motorische Centra.

Darf man die Resultate dieser Versuche auf den Menschen übertragen? In Med. Westnik 1879, Nr. 27—51 und St. Petersb. med. Wochenschr. 1879 N. 50 und 51 hat B. fünf Fälle publicirt von Läsion der motorischen Region der Hirnrinde, bei welchen gleichzeitig sehr deutlich ausgeprägte vasomotorische Affectionen in der der Hirnaffektion entgegengesetzten Körperhälfte vorhanden waren.

E. Bardenhewer.

270. **Dr. Karnitowitz, Ueber den Einfluss des Fiebers auf psychische Störungen.** (Gazeta lekarska 1881. N. 17, 18.)

Dr. Karnitowitz giebt 3 Fälle an, welche die Beobachtungen von Dr. Fiedler bestätigen, dass fieberhafte Krankheiten zuweilen von gutem Einflusse auf die Geistesstörungen sind. Unter den von ihm angegebenen Fällen findet sich je ein Fall von mania acuta, mania furibunda und mania ambitiosa. Alle Patienten genasen, nachdem sie ein Erysipel oder eine phlegmonöse Erkrankung durchgemacht hatten. In der Litteratur hat Verfasser folgende Krankheiten gefunden, welche auf die Genesung von Geisteskranken günstig einwirkten: Pocken, Masern, Scharlach, alle Typhusformen, febris intermittens, cholera asiatica, croupöse Pneumonie und exsudative Brustfellentzündung. Karnitowitz stimmt in der Erklärung dieser Beobachtungen mit Fiedler überein, dass die Genesung auf die veränderte Ernährung des Gehirns zurückzuführen sei; in Fällen, wo die Geistesstörung vom anämischen Zustand des Hirns abhing, konnte eine Vermehrung des Blutgehalts in Folge der überstandenen Fieberkrankheit sein; in Folge von Hyperämien aber umgekehrt.

Denkbar wäre es andererseits auch, dass obliterirt gewesene Gefässe durch die vom Fieber bedingte Blutdrucksteigerung wieder durchgängig würden oder es entstehe eine Neubildung der Gefässe, vielleicht gar eine Neubildung der Nervenelemente.

Krusenstern (Petersburg).

---

271. **E. Gley, Étude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel.** Experimentalstudie über die Beschaffenheit des Carotis-Pulses während geistiger Thätigkeit. (La Gazette des hôpitaux, 1881, Nr. 76.)

Mosso hat gefunden, dass während geistiger Arbeit der Puls des Vorderarms frequenter und kleiner, und das Volumen des Vorderarms geringer ist; zugleich nimmt durch gesteigerten Blutzufluss (durch Erweiterung der Gefässe) das Volumen des Gehirns zu.

G. hat über die Veränderungen des Carotis-Pulses, welche bei angestrengter geistiger Thätigkeit eintreten, an sich selbst genaue Beobachtungen angestellt. Die Anordnung der Untersuchungen ist im Original nachzusehen; das Resultat derselben ist das folgende:

1. Bei geistiger Thätigkeit (verglichen mit dem Zustand körperlicher und geistiger Ruhe) ist die Zahl der Herzschläge vermehrt. Die Vermehrung scheint in ganz direktem Verhältniss zu stehen zu der Intensität der Aufmerksamkeit.

2. Die arteria carotis ist dilatirt, und der Dikrotismus des Pulses derselben ist stärker ausgeprägt; die entgegengesetzten Erscheinungen machen sich an der a. radialis bemerkbar.

3. Diese Veränderungen erreichen einen um so höheren Grad, je intensiver die geistige Thätigkeit ist.

4. Dieselben persistiren eine bestimmte Zeit, nachdem die geistige Thätigkeit aufgehört hat.

5. Sie sind unabhängig von der Herzthätigkeit und von der Respiration.

6. Sie sind abhängig von einem vasomotorischen Einfluss.

E. Bardenhewer.

---

272. **Georges Hayem, Du processus de coagulation et de ses modifications dans les maladies.** Ueber den Coagulationsprozess und seine Veränderungen in den Krankheiten. (L'Union médicale No. 80, 82, 84.)

H. hat bei seinen Untersuchungen des Blutes und des Gerinnungsprozesses drei verschiedene Methoden angewandt: 1) direkte mikroskopische Untersuchung einer dünnen Schicht Blut ohne vorherige Anwendung von Reagentien; 2) Behandlung des Blutes mit folgendem Reagens: Aq. destill. 200, Natr. chlor. pur. 1,0, Natr. sulf. pur. 5,0, Hydrarg. bichlor. corros. 0,5; diese Lösung lässt das gerinnende Fibrin unverändert, während die Blutkörperchen dadurch isolirt werden, mit Ausnahme der Haematoblasten, welche kleine, disseminirte Gruppen bilden; 3) Auswaschen des fibrinösen Netzwerks und Färben mit Jod oder Fuchsin. Betreffs der Details dieser Untersuchungsmethoden muss auf das Original verwiesen werden. Er beschreibt sodann den Gerinnungsprozess im normalen Blute: Die rothen Körperchen treten in Geldrollenform zusammen und lassen mit Plasma erfüllte Zwischenräume zwischen sich, in denen die farblosen Körperchen und die Haematoblasten, theils einzeln, theils in kleinen Häufchen angeordnet, sich finden. Mit der beginnenden Gerinnung sieht man von diesen Letzteren feine Fädchen ausgehen, die sich ausfasern und wieder verschwinden; zuweilen sieht man kleine fibrilläre Züge, die an einzelnen Stellen ein drillichartiges Maschenwerk bilden. Im Uebrigen bleibt das durch den Gerinnungsprozess gebildete Netzwerk unsichtbar und kann erst durch Auswaschen und Färben der Fibrillen deutlicher gemacht werden. H. glaubt, dass auch die rothen Körperchen in gewisser Weise an dem Coagulationsprozess Theil nehmen, indem sie sich mit einer zähen Masse umgeben, die nach vollendeter Gerinnung fest und faserartig wird. Wenn er nämlich während der Gerinnung auf das Deckgläschen einen mässigen Druck ausübte, dehnten sich die Rollen der rothen Körperchen wie Kautschuck aus und zogen sich bei nachlassendem Druck wieder zusammen, ohne dass sich die einzelnen Körperchen von einander trennten, während diese Trennung nach vollendeter Gerinnung durch leichten Druck schnell bewirkt werden konnte. Bedeutende Aenderungen erleidet der Gerinnungsprozess bei entzündlichen Krankheiten. H. wählt als Beispiel die croupöse Pneumonie und beschreibt den Vorgang der Coagulation des Blutes folgendermassen. Die rothen Körperchen treten zu kleineren, keine bestimmte Gestalt darbietenden und unregelmässige Zwischenräume zwischen sich lassenden Haufen zu-

sammen. Die Zahl der farblosen Körperchen ist bedeutend vermehrt, die der Haematoblasten nicht. Nach einer variabeln, aber über den Zeitpunkt der beginnenden Coagulation beim gesunden Blut stets hinausgehenden Zeit sieht man an verschiedenen Stellen in den vom Plasma, den farblosen Körperchen und den Haematoblasten eingenommenen Zwischenräumen zahlreiche Fibrillen und Fäden in verschiedener Richtung sich verflechtend und oft von ansehnlicher Dicke auftreten, die schliesslich ein dichtes, die geformten Elemente einschliessendes Netzwerk bilden. Auch hier konnte H. die oben geschilderte Theilnahme der rothen Körperchen am Gerinnungsprozesse wahrnehmen. Wandte er die Methode des Auswaschens und der Färbung an, so konnte er dunkler und heller gefärbte Partieen unterscheiden, von denen Letztere den Haufen der rothen Blutkörperchen, erstere den von ihnen freigelassenen Zwischenräumen entsprechen. Bei stärkerer Vergrösserung zeigten sich die dunkler gefärbten Partieen aus mehreren Lagen von Fasern verschiedenen Durchmessers zusammengesetzt, in denen sich stets eine gewisse Zahl weisser Körperchen trotz des Auswaschens zurückgehalten fand. H. glaubt daher, dass sich bei diesen entzündlichen Zuständen die weissen Körperchen an der Gerinnung betheiligen, was im normalen Blut nicht der Fall ist. An den helleren Partieen waren die rothen Körperchen umgeben von einem Netzwerk sehr feiner und regelmässiger Fasern, welche, wie H. annimmt, von den rothen Körperchen selbst gebildet werden.

Behandelte endlich H. das Blut mit dem oben erwähnten Reagens, so bildeten sich Krümel verschiedener Gestalt und Grösse, zusammengesetzt aus theils körniger, theils fibrillärer zäher Substanz und geschrumpfte Haematoblasten einschliessend. Er nennt dieselben „Plaques phlegmasiques"; im normalen Blute hat er ihre Bildung nie beobachtet. Untersuchte H. ferner das Blut bei akut entzündlichen Krankheiten im Stadium der Defervescenz, so fand er ähnliche Verhältnisse, wie die beschriebenen, nur weniger deutlich ausgeprägt, daneben aber eine konstante Vermehrung und Vergrösserung der Haematoblasten. Er glaubt sich daher berechtigt, bei diesen akuten Entzündungen analog der „thermischen Krise" eine „hämatische" aufstellen zu können, deren Eintritt durch die Vermehrung und Vergrösserung der Haematoblasten charakterisirt ist. Aehnliche, wenn auch weniger scharf markirte Veränderungen zeigt das Blut, resp. der Gerinnungsprozess in den chronischen entzündlichen Affektionen und den spezifischen Entzündungen, z. B. der Gesichtsrose; dieselben sind unabhängig von der Ursache und der Natur der Krankheit, und müssen als einer der anatomischen Charaktere der Entzündungsprozesse im Allgemeinen angesehen werden. In den Krankheiten mit hämorrhagischem Charakter fand H. fast regelmässig eine Vermehrung des Fibrins, so in 3 Fällen von Skorbut, 2 von Purpura haemorrhagica, 1 von Haemoglobinurie; dieselbe fehlte dagegen in mehreren Fällen von Purpura simpl. und bei einem Haemophilen. Beim Skorbut zeigte sich ferner die Zahl der Haematoblasten vermehrt. Bezüglich der theoretischen Erörterungen, die H. an diese Befunde anschliesst, muss auf das Original verwiesen werden. Viel geringer sind die Veränderungen des Blutes und des Gerinnungsprozesses bei den mit Fieber verbundenen Allgemeinerkrankungen, den

akuten Exanthemen, dem Typhus etc. Bei letzterem beobachtete H. in Uebereinstimmung mit andern Autoren Verminderung der meisten Blutkörperchen und der Haematoblasten. Treten bei diesen Erkrankungen bei der Untersuchung des Blutes Erscheinungen auf, die den oben beschriebenen ähnlich sind, so lässt sich daraus auf den Eintritt entzündlicher Complicationen schliessen. Bei den Kachexien, mögen sie eine Ursache haben, welche sie wollen, sind anfangs charakteristische Veränderungen des Blutes und des Gerinnungsprozesses nicht zu konstatiren, vielmehr findet man nach H. immer nur das Bild der einfachen Anaemie. Später tritt eine oft recht beträchtliche Vermehrung der Haematoblasten ein; unter denselben sieht man häufig grosse, deutlich roth gefärbte Exemplare, die Uebergangsstufe von den Haematoblasten zu den rothen Körperchen. Auch gelingt es in diesen Zuständen oft, durch das oben erwähnte Reagens eine Bildung von Krümeln zu Stande zu bringen; dieselben unterscheiden sich aber von den „Plaques phlegmasiques" durch grössere Kleinheit, schärfere Begrenzung und geringere Viscosität; ihre Substanz ist mehr körnig als fibrillär.

Am Schluss seiner Arbeit stellt H. die Zustände zusammen, in denen eine Vermehrung der Haematoblasten zu konstatiren ist. Dieselbe ist entweder transitorisch, dann nämlich, wenn nach einer akuten Krankheit oder einem starken Blutverlust das Blut sich schnell wieder erneuert; man sieht dann oft die verschiedensten Uebergangsformen von dem ganz zarten farblosen Haematoblasten bis zum ausgebildeten rothen Körperchen. Die Vermehrung der ersteren ist hier also ein reparatorischer Vorgang. Umgekehrt ist in den kachektischen Zuständen die Vermehrung der Haematoblasten bis zu einem gewissen Grade dauernd und hat ihren Grund in der behinderten Umbildung derselben zu rothen Körperchen. In den letzten Stadien der Kachexien tritt dann eine von Tag zu Tag zunehmende Verminderung der Haematoblasten ein.

H. meint, dass die Untersuchung des Blutes und des Processes der Gerinnung in vielen Fällen diagnostisch und prognostisch verwerthbar und daher weitere Arbeit auf diesem Gebiete sehr zu wünschen sei.

Brockhaus (Godesberg).

---

273. **Strümpell, Spindelförmige Erweiterung des Oesophagus ohne nachweisliche Stenosenbildung.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, XXIX. p. 211.)

Ein 24 Jahre altes Dienstmädchen wurde im Zustande hochgradiger Inanition wegen unstillbarem Erbrechen ins Hospital aufgenommen. Bei genauerer Beobachtung zeigte es sich, dass es sich bei der Wiederentleerung der Speisen nicht um einen eigentlichen Brechact, sondern um eine einfache, ohne Würgen erfolgende Regurgitation des Genossenen handle. Daraus war zu schliessen, dass die Speisen nicht in den Magen gelangten, sondern im Oesophagus liegen blieben; — die grossen Mengen Flüssigkeit, die verschluckt und meist erst nach

längerer Zeit wieder auf einmal entleert wurden, liessen eine Erweiterung des Oesophagus vermuthen. — Weitere Unterstützung gewann diese Annahme durch die Sondenuntersuchung, die niemals eine vollständige freie Passage in den Magen ergab, sondern stets in der Gegend der Cardia auf ein leichtes Hinderniss stiess, welches jedoch mit der dicksten Sonde ohne starken Druck überwunden werden konnte. — Häufig jedoch stiess die Sonde erst nochmals auf einen nicht zu überwindenden Widerstand, der den Eindruck machte, als ob die Sonde in einer sackförmigen Ausbuchtung der Wandung gefangen würde, um dann erst nach öfterem Hin- und Herziehen in den Magen zu gelangen. — Nahrung, die durch die in den Magen eingedrungene Sonde eingeführt wurde, wurde nicht erbrochen — und durch längeres fortgesetztes Sondiren kam es dazu, dass auch einfach geschluckte Nahrung in den Magen gelangte und nicht mehr erbrochen würde. — Die Folge davon war bedeutende Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes und Steigerung des Körpergewichts. — Die Besserung dauerte nur kurze Zeit; es musste wieder zur Ernährung mittelst der Sonde geschritten werden und als nach einigen Tagen die Einführung derselben nicht mehr gelang, weil sie stets an dem oben erwähnten Hinderniss sich verfing und die Ernährung per rectum unzulänglich war, wurde eine Magenfistel angelegt; — die Operation hatte eine tödliche Peritonitis zur Folge.

Die Section ergab Cardia und unterster Theil des Oesophagus von normaler Weite, Muscularis dünn, Mucosa normal — ohne Spur einer Narbe — von da aufwärts Oesophagus trichterförmig erweitert; — hier Mucosa normal, Submucosa gelockert, Muscularis besonders in der untern Partie des Trichters hypertrophisch — keine divertikelartige Ausbuchtung. — Der Fall gehört somit zu den seltenen primären, spindelförmigen Ektasien der Speiseröhre, denen keine nachweisbare Stenose zu Grunde liegt.

Aus der in dem erweiterten Theile bestehenden Hypertrophie schliesst Verf. dass wohl während des Lebens eine Stenose am untern Ende bestanden habe, die in der Leiche nicht mehr nachweisbar war; vielleicht bedingt durch dauernden krampfhaften Schluss der Cardia, wiewohl auch gegen diese Annahme erhebliche Bedenken namhaft gemacht werden könnten; besonders der Umstand, dass die Erweiterung nicht unmittelbar über der Cardia beginnt. Ferner die zeitweise Besserung in dem Schluckvermögen; möglich wäre auch, dass während des Lebens eine Zerrung oder Knickung bestanden habe, deren Ursache an der Leiche nicht mehr ersichtlich war; vielleicht befand sich dieselbe an dem Durchtritt durch das Foramen oesophageum des Zwerchfells; die Anhäufung der Speisen in den erweiterten Räumen könnte intra vitam zu einer Taschenbildung führen, die sich bei vollständiger Entleerung wieder ausglich — wie es nach längerem Sondiren der Fall war und bei Section wiedergefunden wurde. — Dass von diesem angenommenen Verhältnisse in der Leiche nichts mehr nachgewiesen wurde, liegt wohl daran, dass der Oesophagus erst im herausgenommenen und aufgeschnittenen Zustande genauer untersucht wurde.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

274. **Ascite idiopathique,** (Gazette des hopitaux, 1881, Nr. 59, 73, 76 u. 84.)

Ein schwaches, anämisches Mädchen von 13 Jahren, noch nicht menstruirt, dessen Brust- und Unterleibsorgane vollständig gesund waren, dessen Harn kein Eiweiss enthielt, dessen Beine nicht hydropisch waren, litt an Ascites, welcher ohne bekannte Ursache allmälig sich entwickelt hatte und trotz ärztlicher Behandlung immer hochgradiger wurde. Nachdem durch Punktion 10 Liter citronenfarbiger, schaumiger Flüssigkeit entleert worden waren, erholte sich die Kranke allmälig, und ihre Gesundheit stellte sich vollständig wieder her.

Bei einem Mädchen von 20 Jahren, klein und ziemlich mager, vom Lande, entwickelte sich, ebenfalls ohne nachweisbare Ursache, ein Ascites, welcher die Verdauung behinderte und die Respiration störte; keine Oedeme, kein Eiweiss im Harn, Herz und Lungen gesund; Behandlung erfolglos, bis mit dem Troicart 20 Liter Flüssigkeit entleert wurden. Die Untersuchung der Abdominalorgane ergab nun auch vollständig normales Verhalten derselben. Die Kranke erholte sich schnell; es trat kein Recidiv ein; bei guter Gesundheit ist Pat. seit längerer Zeit verheirathet.

In dem 3. Falle handelte es sich um ein 13 Jahre altes, grosses, starkes Mädchen; dasselbe war vorher nie krank gewesen und wurde von dem Ascites befallen, nachdem es, durch vieles Laufen erhitzt, sich auf die Erde gesetzt hatte. Keine Veränderung irgend eines Organes nachweisbar. Auch hier blieb die Behandlung ohne Erfolg, bis die Punktion 14 Liter Flüssigkeit entleerte, worauf Pat. sich bald und vollständig erholte.

Der 4. Fall betraf ein 16 jähriges Mädchen von zarter Constitution, welches abgesehen von einem geringen Grade von Chlorose, immer gesund gewesen war. Ohne erkennbare Ursache entwickelte sich innerhalb 14 Tage bis 3 Wochen eine bedeutende Anschwellung des Leibes. Dabei sind alle Funktionen normal und keine Organveränderung ist zu entdecken. Nachdem der Ascites 3 Monate lang bestanden, gelangte die Pat. in ärztliche Behandlung; sie nahm Eisen, Scilla und Digitalis, die Harnsekretion vermehrte sich bedeutend, und nach zwei Monaten war der Ascites verschwunden, und die Kranke ganz gesund.

E. Bardenhewer.

---

275. **F. Herrmann, Beitrag zur Anwendung lauwarmer prolongirter Bäder im Flecktyphus.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881. Nr. 26.)

Die befriedigenden Resultate, welche Riess (Centralblatt für die medic. Wissenschaften, 1880, Juli) und Afanassjew (St. Petersb.

medic. Wochenschr. 1881, Nr. 7. Ref. in Nr. 9 d. Bl.) bei Behandlung des Abdominaltyphus mit lauwarmen, prolongirten Bädern erzielten, veranlassten H., dieselbe Behandlungsweise beim Flecktyphus zu erproben. Die Resultate seiner Beobachtungen fasst er in folgende Sätze zusammen:

Die Behandlung des Flecktyphus mit lauwarmen Bädern äussert auf die Krankheit keinen Einfluss, ihr Charakter wird nicht milder, ihre Dauer (30 Tage) nicht abgekürzt. Die Mortalität (16,66 p. Ct.) war grösser als gewöhnlich. In Folge dessen könne man, obgleich die geringe Krankenzahl keinen endgültigen Schluss gestattet, den für die Kranken und die Dienerschaft beschwerlichen, prolongirten, lauwarmen Bädern keinen Vorzug vor der früher üblichen Therapie des Flecktyphus zuerkennen.

E. Bardenhewer.

---

276. **Dr. Abletjeff, Zur Behandlung der Febris intermittens mit Salicylsäure.** (Medicinskoje Obusrenije 1880. Band XIV.)

Dr. Abletjeff hat in 25 Fällen von Wechselfieber mit negativem Resultat Salicylsäure angewandt. Abgesehen davon, dass die Intermittensanfälle nicht cupirt wurden, traten nach längerem Gebrauch Erscheinungen seitens des Darmcanals ein: Schmerzen im Epigastrium, zuweilen auch Erbrechen. — Es wurden entweder einige Stunden vor dem Paroxysmus grosse Dosen (Ij in einer bis auf 3jj β in mehreren Gaben) oder in 24 Stunden 6 Pulver à 0,6 verordnet. — Salicylsäure wurde immer mit kohlensaurem Natron eingenommen.

Krusenstern (Petersburg).

---

277. **Bouchut, De la dissolution des fausses membranes de l'angine couenneuse par les applications locales de papaïne.** Auflösung croupöser Pseudomembranen durch locale Anwendung des Papain. (Comptes rendus T. XCII. Nr. 24.)

Eine dicke Pseudomembran aus der Trachea, die in eine geringe Menge einer zu einem Drittel aus Papagasaft bestehenden Lösung gebracht wird, löst sich in der Kälte in einigen Stunden, bei gelindem Erhitzen in wenigen Minuten darin auf.

Nach Verf. genügt es schon, die fibrinöse Membran nur ganz kurze Zeit mit der Lösung zu imprägniren, trotzdem bewahre das Fibrin selbst in einer grossen Menge Wasser seine Fähigkeit sich aufzulösen, sich dabei in Pepton zu verwandeln. Bei der Anwendung in Krankheiten könne allerdings nur die eine Seite der Membran imprägnirt werden, aber auch so gelinge die Auflösung, wenn man nur recht oft,

etwa alle 2 Stunden, die Application vornimmt; man sieht dann die Membranen sich langsam verkleinern und nach 3 bis 5 Tagen schwinden.

Von 32 auf diese Weise behandelten Diphtheriefällen, die theils Kinder, theils Erwachsene betrafen, starben vier.

Lüderitz (Jena).

Neue Bücher.

De Cristoforis le malattie della donna. Milano, Dumolard. 12 l.
Dupont, Contribution à l'étude des abcès multiples survenant dans la Convalescence de la fièvre typhoïde. Nancy, Sordoillet.
Groslambert, Esquisses physiologiques de l'homme mental. Paris, Doin. 6 fr.
Harel, Contribution à l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux. Paris, Davy.
Hayem, Etude de la médication ferougineuse. Paris, Doin. 2 fr.
Hillairet, traité théorique et pratique des maladies de la peau, leçons professées à l'hopital Saint-Louis I. fascicule anatomie et pathologie générale de la peau. Paris, Doin. 5. fr.
Holmes, A guide to the use of the laryngoscope in general practice. London, Churchill. 2 sh. 6 d.
Labbé, De la contraction idio-musculaire ou myoidème en clinique. Paris, Davy.
Levot, Des lésions syphilitiques du rachis. Paris, Delahaye et Lecrosnier.
Lankester, Observations and reflections on the appendages and on the nervous System of Apus cancriformis. With Illustrations. London, Churchill. 2 sh.
Maclayan, Reumatism, its nature and pathology and its succesful treatement. London, Pickering. 10 sh. 6 d.
Olivier, Recherches cliniques sur le traitement de la lypémanie par l'opium. Lyon, Storck.
Percell, On cancer, its allies and other tumours. Illustrated. London, Churchill. 10 sh. 6 d.
Rappin, Des bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. Paris, Doin. 3 fr. 50 ct.
Rizat, Manuel pratique des maladies vénériennes avec 24 planches. Paris, Doin. 11 fr.
Serrand, Essais sur des médicaments nouveaux. Hamamelis virginica, son action thérapeutique. Paris, Davy.
Thermes, La métallothérapie et l'hydrothérapie; leurs effets physiologiques et leurs applications thérapeutiques dans l'hysterie. Paris, Davy.
Tyrell, The tonic treatment of epilepsy and kindred nervous affections. Lond. Dav. Bogue. 2 sh. 6 d.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **19. August.** **Nro. 20.**

278. **Jolyet M., Sur l'étiologie et la pathogénie de la variole du pigeon, et sur le développement des microbes infectieux dans la lymphe.** Ueber die Aetiologie und die Pathogenie der Variola bei der Taube und über die Entwicklung der infectiösen Microbien in der Lymphe. (Comptes rendus T. XCII. Nr. 26.)

Im Blute pockenkranker Tauben findet man nach J. zahllose Mikroorganismen. Am ersten und zweiten Tage und in der ersten Hälfte des dritten Tages nach der Impfung fehlen sie — entsprechend dem Incubationsstadium der Krankheit; vom Ende des dritten Tages an werden sie sichtbar und treten immer reichlicher auf — entsprechend dem Fortschreiten der Affection; späterhin nehmen sie an Menge ab

und verschwinden — zeitlich völlig entsprechend dem Rückgangsstadium der Krankheit. Die gleichen Mikrobien sind in dem infectiösen Pusteleiter zu finden.

Vornehmlich das Blut und die Lymphe sind Brutstätten der Pockenbacterien, sowohl bei Thieren als beim Menschen. Allerdings findet man sie im Blute lebender pockenkranker Menschen oder Schweine nur äusserst spärlich, das rührt aber daher, dass hier nicht das Blut, sondern die Lymphflüssigkeit das Medium ist, in dem sich die Mikrobien vermehren und die Krankheit sich ausbreitet. Bei Vögeln ist der Lympfapparat noch rudimentär entwickelt, daher ist hier auch das lebende Blut der Aufenthaltsort für die Bacterien. Man findet dieselben am zweiten und dritten Tage nach der Impfung, wenn sie im Blute noch fehlen, in grosser Menge im Ductus thoracicus. Ebenso in der Lymphe von Hunden und Kaninchen, die mit Pockengift inficirt sind.

Wenn auch die Mikrobien sich im circulirenden Blute nicht vermehren, so sind sie doch stets während der Krankheit darin vorhanden, und sie entwickeln sich rapide fort in dem ruhenden aus der Ader gelassenen Blute.

Lüderitz (Jena).

---

279. **Prof. S. Kaulich, Therapeutische Beobachtungen beim Typhus im Kindesalter.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XVII. Band 1. Heft. 1881.)

Da es bisher noch nicht gelungen ist, den Abdominaltyphus in seinem Verlauf zu unterbrechen, so muss die Therapie darauf gerichtet sein, das Fieber und die durch dasselbe bedingte Nutritionsstörung zu ermässigen, damit zugleich die geschädigte physiologische Function der Organe theilweise wiederherzustellen, endlich die verbrauchten Bestandhteile der Gewebe und Organe so rasch als möglich durch Nahrungszufuhr zu ersetzen. Der ersten Indication genügt man durch eine methodische Abkühlung; auf der Kaulich'schen Klinik werden die Typhuskinder mit Beginn der rascheren Temperatursteigerung in den ersten Nachmittags- oder Abendstunden in leicht ausgerungene, nasskalte Leinentücher gewickelt, leicht frottirt und diese Einwicklungen, ohne eine Erwärmung der Tücher zuzulassen, 4—5 mal wiederholt. Gewöhnlich ist dann ein erheblicher Temperaturabfall eingetreten; unmittelbar nachher erhalten die Kinder eine dem Alter und der Individualität angemessene Dosis chinin. bisulfur. und zwar die Gesammttagesgabe auf einmal und zwar bei Kindern im Alter zwischen 4 und 10 Jahren nie unter 0,5 gr — 2,0 gr. Einwicklungen und ruhiges Liegenlassen bis zur Erwärmung der Hüllen haben einen kaum nennenswerthen Erfolg in Bezug auf die Herabsetzung der Körperwärme, ebenso wenig kleine zertheilte Gaben von Chinin; nur frühes Alter bis zu 3 Jahren, weit vorgerückter Krankheitsprocess mit Erschöpfung, Anämie, hochgradige Rachitis indiciren grössere Gaben. Tritt auf grosse Chi-

nindosen eine so bedeutende Remission des Fiebers ein, dass die Temperatur unter 36 ° C. herabsinkt und Collapssymptome befürchtet werden müssen, so verordnet Verfasser etwas Wein oder Cognac, worauf die Temperatur sich rasch wieder hebt.

Zweitens ist das Hauptaugenmerk bei Behandlung des Typhus darauf zu richten, dass den Patienten von allem Anfang an, noch während der Fieberperiode, möglichst ausgiebige Nahrung gegeben wird, wodurch der febrile Gewichtsverlust theilweise oder selbst ganz noch innerhalb der Fieberperiode wiederersetzt und dadurch die Reconvalescenz wesentlich abgekürzt wird.

Kohts (Strassburg).

---

280. **Max Röth, Beitrag zur Kenntniss des Abdominaltyphus im Kindesalter.** Mittheilung aus der medicinischen Poliklinik und der Kinderheilanstalt zu Heidelberg. (Archiv für Kinderheilkunde, II. Band, 10. u. 11. Heft 1881.)

Verf. berichtet über 82 Fälle von Ileotyphus im Kindesalter, welche während des Zeitraumes von 1861 bis 1879 in der medicinischen Poliklinik und in dem Kinderhospital zur Beobachtung kamen. Von den interessanteren Fällen werden genaue Krankengeschichten gegeben. Unter den 82 Fällen verliefen 8 tödtlich (10%), 4 erlagen unter dem directen Einfluss der typhösen Erkrankung, am 7., 11. u. 15. Tage, 2 kamen erst, als sich schon Decubitus eingestellt hatte, in Behandlung. 2 starben im Recidiv. Was die Aetiologie anbelangt, so wurde ein Uebergreifen von einem Bett auf das andere nicht beobachtet. Das Fieber war nach der Intensität des Falles verschieden, von nervösen Erscheinungen waren hauptsächlich Hirn-Kopfschmerz vorhanden, nur in schweren Fällen traten noch Schwindel, Ohrensausen, Schwerhörigkeit und Delirien auf, ein tödtlich verlaufender Fall ähnelte dem Krankheitsbild der Meningitis basilaris. Milztumor konnte bei 82 Patienten nur 66 Mal nachgewiesen werden, meist durch die Percussion, zum Theil auch durch die Palpation. Die Grösse des Tumors entsprach meist der Intensität der Erkrankung.

Die Roseola war fast ganz constant und trat zwischen dem 6. und 11. Krankheitstage auf; bei den meisten Patienten traten auch Miliaria crystallina an Brust und Bauch auf, in schwereren Fällen, vereinzelt auch in leichten, traten kleine Hämorrhagien in der Haut in Form von Petechien und Ecchymosen auf. Decubitus ist unter den 82 Fällen 9 Mal verzeichnet. Erbrechen wurde im Beginn des Typhus öfters beobachtet, die „Typhuszunge“ war meist vorhanden, ebenso die Trockenheit der Lippen; Herpes labialis wurde bei einem vollständig charakterisirten Typhus einmal beobachtet. Die Stühle waren meist diarrhoisch, ohne dass immer die erbsenbreiartige Beschaffenheit vorhanden gewesen wäre, die Anzahl derselben betrug im Mittel zwischen 2—5 pro die. Einmal wurde eine Magenblutung mit blutigem Erbrechen und theerartigen Stühlen beobachtet. Ileocoecal-

schmerz und Ileocoecalgurren war in den meisten Fällen zu constatiren. Von Störungen im Bereich des Respirationstractus war die Bronchitis fast eine stetige Begleiterin, nur in den ganz leichten Fällen war die Bronchialschleimhaut nicht betheiligt. In 7 Fällen wurde Bronchopneumonie beobachtet, 3 Mal doppelseitig, 4 Mal einseitig. Epistaxis trat bei 13 Patienten, meist auf der Acme des Fiebers, ein. Larynxgeschwüre sind nicht zur Beobachtung gekommen.

Der Urin war stets frei von Eiweiss, nur concentrirter und dunkler als im normalen Zustande.

Recidive traten in 8 Fällen auf, die Ursache liess sich nicht eruiren und Diätfehler waren auszuschliessen; 2 verliefen lethal.

Die Behandlung war in erster Reihe eine antipyretische. Es wurden Bäder von 15—20° C. 10—15 Minuten lang gegeben, und 2—3 Mal wiederholt, oder es wurde Chinin allein gegeben; das beste Resultat wurde aber erzielt durch eine Combination der Bäder mit der Darreichung des Chinins.

Kohts (Strassburg).

---

281. **Dr. Fürnrohr** (Regensburg), **Eine Thyphus-Studie.** (Aerztl. Intelligenz-Blatt 1881. Nr. 3.)

Im Spätsommer 1880 erkrankte zu Regensburg eine ganze Familie in rascher Aufeinanderfolge an Typhus abdominalis. Da zur Zeit im ganzen Stadtbezirke kein anderweitiger Typhusfall vorgekommen war und diese Erkrankungen unmittelbar nach der Rückkehr von einem länger dauernden Sommeraufenthalt aufgetreten waren, durfte die Entstehungsursache nicht in den localen Verhältnissen R.'s, sondern eher in einer auswärtigen Infection gesucht werden.

Die näheren Erkundigungen in dem Städtchen R. in Tirol, wo die Familie in dem höchstgelegenen Hause des Wirthes B. im 1. Stock gewohnt hatte, ergaben, dass, während seit Jahren kein Typhusfall vorgekommen war, im April 1880 ein junger Bauer von einer Krankheit befallen wurde, bei der die Diagnose Typhus zweifelhaft war, die Wohnung dieses Pat. ist nicht sehr weit von dem Wirthshause entfernt.

Im Juli 1880 erkrankte dann eine Frau aus Wien nach 5-wöchentlichem Aufenthalt im 2. Stock des Wirthshauses und nach ihr eine Reihe von Bediensteten und Familiengliedern des Wirthes, im Ganzen 25 Personen mit 2 Todesfällen.

Da die Frau aus Wien erst nach 5-wöchentlichem Aufenthalte erkrankte, die Incubationsdauer somit längst überschritten war, kann eine Einschleppung durch diese nicht angenommen werden.

Aus der raschen Verbreitung der Erkrankung in dem betr. Hause lässt sich mit Sicherheit der eine Schluss ziehen, dass der betr. Boden damals die Bedingungen in sich trug, um den originären oder den eingeschleppten Typhuskeim zur wirklichen Entwicklung kommen zu lassen.

Seifert (Würzburg).

---

282. **A. Laveran, Sur un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre.** Ueber einen neuen im Blute der Malariakranken gefundenen Parasiten. (L'Union médicale 1881. Heft 95.)

L. hat unter 44 Beobachtungen des Blutes Malariakranker 29 mal Mikroorganismen gefunden, welche er für Parasiten thierischen Ursprungs hält und als die Träger des Malariagiftes ansieht. Er unterscheidet 3 Formen. Die erste Form wird gebildet durch längliche, an den Enden mehr oder weniger zugespitzte, oft halbmondförmig gekrümmte oder ovale Körperchen von 8—9 μ Länge und 3 μ Breite. Sie sind sehr fein contourirt, transparent und ungefärbt, mit Ausnahme der Mitte, wo ein aus rundlichen, pigmentkörnchenähnlichen und zuweilen kranzförmig angeordneten Granulationen gebildeter schwarzer Punkt existirt. Diese Körperchen zeigen keine Bewegungen und ändern nur sehr langsam ihre Gestalt. Die Elemente der 2. Gruppe haben in der Ruhe Kugelform, mit einem Durchmesser von im Mittel 6 μ, sind fein contourirt und zeigen in der Mitte ebenfalls die erwähnten dunkel pigmentirten Körnchen. Im Zustande der Bewegung sieht man von diesen Körperchen sehr durchscheinende und sich lebhaft und rasch bewegende fadenförmige, am freien Ende etwas verdickte Fortsätze ausgehen. Ihre Zahl beträgt meist 3—4, ihre Länge übertrifft den Durchmesser der rothen Blutkörperchen um das 3—4-fache. Die runden Körperchen selbst zeigen oscillatorische Bewegungen und verändern öfters ihre Stellung und Form, indem sie sich verlängern, verbreitern und dann wieder ihre runde Gestalt annehmen. Zuweilen löst sich ein Fortsatz ab und bewegt sich dann frei zwischen den rothen Blutkörperchen. Die Elemente der 3. Gruppe stellen sphärische Körperchen mit einem Durchmesser von 8—10 und mehr μ dar. Sie sind leicht granulirt, bewegen sich nicht und haben keine Fortsätze. In ihrem Innern sieht man unregelmässig angeordnete Häufchen von Pigmentkörnchen. Ausser diesen 3 Formen hat L. fast immer kleine, runde, glänzende Körperchen und Pigmentkörnchen von feuerrother oder hellblauer Farbe, letztere entweder frei oder in die Elemente der 3. Gruppe oder in Leukocyten eingeschlossen, gefunden. L. verwahrt sich gegen den Einwurf, dass es sich um Kunstprodukte handle; er habe die Präparation immer mit grosser Vorsicht angestellt und nie ähnliches im Blut anderer Kranken gefunden. Auch habe er eine zunehmende Verminderung dieser Gebilde mit unter Chiningebrauch fortschreitender Besserung gefunden. Die Elemente der 2. Gruppe hat er in grösster Anzahl in dem kurz vor einem Fieberanfall entnommenen Blute gefunden. Dass die Untersuchung bei einer Reihe von Kranken negative Resultate ergeben habe, erkläre sich daraus, dass diese Kranken schon einer mehrtägigen Chininkur unterworfen gewesen seien. Es könne sich bei diesen Gebilden auch nicht um veränderte Blutkörperchen handeln. Dagegen sprächen die Eigenthümlichkeiten der Gestalt und die Lebhaftigkeit der Bewegungen. Bei den Elementen der 3. Gruppe könne man an Leukocyten denken, die Pigmentkörnchen aufgenommen haben; doch fehle bei Ersteren immer der Kern, auch

färben sie sich viel schwieriger mit Carmin als Letztere. L. glaubt vielmehr, dass es sich bei den 2 Gruppen um verschiedene Phasen der Entwicklung desselben Parasiten handle, als deren erste Stufe er die beschriebenen kleinen glänzenden Körperchen ansieht. Den Uebergang von 2 in 3 will er unter dem Mikroskop beobachtet haben. Betreffs der weiteren Hypothesen über Natur etc. der Gebilde muss auf das Original verwiesen werden. Schliesslich macht L. darauf aufmerksam, dass man im Blute von Individuen, die an perniciösen Wechselfiebern gestorben waren, pigmentirte zellige Elemente gefunden hat, die genau den Gebilden der 3. Gruppe gleichen.

Brockhaus (Godesberg).

---

283. **Dr. Votteler** (Assistent an der Distriktspoliklinik zu Leipzig), **Ueber Puls und Temperatur bei der tuberculösen Meningitis im Kindesalter.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVII. Band. 1. Heft. 1881.)

Verfasser hat in 14 Fällen von acutem Hydrocephalus (darunter 12 mit tuberculöser Meningitis) welche in der Leipziger Distriktspoliklinik zur Beobachtung kamen, genaue Vergleichungen des Verhaltens von Puls und Temperatur vorgenommen. Da die Pulsabnormität, gewöhnlich Irregularität und Verlangsamung zugleich für die Meningitis tuberculosa wie bei keiner andern Krankheit charakteristisch ist, so unterscheidet er 3 Stadien: vor, während und nach der Zeit des abnormen Verhaltens des Pulses. Diese Pulsabnormität ist nach dem Verfasser nicht von dem Exsudat durch Druck auf den Vagusstamm an der Basis abhängig, denn in einem Falle war Unregelmässigkeit und Verlangsamung ohne basales Exsudat vorhanden, sondern dieselbe ist bedingt durch den Druck des rasch wachsenden Hydrocephalus auf den Vaguskern des 4. Ventrikels. Die Temperaturen waren im I. Stadium febril, im II. niedrig, im III. stiegen sie analog dem Pulse in die Höhe. Die Temperaturerniedrigung kann entweder direkt von der Pulsverlangsamung abhängig sein, indem durch die Pulsverlangsamung eine Verminderung der Wärmeproduction eintritt, indem die Sauerstoffaufnahme in den Lungen und damit die oxydativen Vorgänge im Körper beeinträchtigt werden, oder der Hydrocephalus kann Ursache für Temperaturerniedrigung und Pulsabnormität zugleich sein, da durch die Versuche von Wood dargethan ist, dass sowohl Durchschneidung des vasomotorischen Centrums der Medulla oblongata, als auch Reizung von der Brücke zur Medulla herabsteigender Fasern, Sinken der Temperatur durch verminderte Wärmeproduction und vermehrte Abgabe zur Folge haben.

Kohts (Strassburg).

---

284. **Joffroy et Hanot, Sur les accidents bulbaires aigus observés dans la première periode de l'ataxie locomotrice.** Akut auftretende bulbäre Erscheinungen in der ersten Periode des Tabes. (Progr. médic. 1881. Nr. 31.)

M. D., 47 Jahre alt, Notar, begann a. 1879 an ziehenden Schmerzen in den Beinen zu leiden; im Laufe desselben Jahres stellte sich eine Perversion des Geschmacks ein, so dass alles Süsse ihm bitter schien, ferner Ohrensausen und ein geringer Grad von Blasenschwäche. Im August 1880 trat plötzlich eine Paralyse des Gaumensegels und eine Parese der Pharynxmuskulatur auf mit nasalem Sprechton und den gewöhnlichen Schlingbeschwerden; zugleich ergab die Untersuchung eine ungleichmässig vertheilte intensive Verminderung der Sensibilität an beiden Gesichtshälften und an der Zunge, und einen geringen Grad von Lähmung des rechten Facialis. Im Dezember 1880 konstatirte J. ausserdem vollständigen Verlust des Patellarreflexes beiderseits, Blasenschwäche, Anaphrodisie und Anästhesie an verschiedenen Stellen des Körpers; keine Coordinationsstörung. Eine zweimonatliche Behandlung (Hydrotherapie, konstanter Strom und Secale cornutum) bewirkte bedeutende Besserung; insbesondere wurde die Deglutition und Phonation normal, und die Blasenschwäche und Anaphrodisie verschwand.

B., 50 Jahre alt, Handwerker, bis dahin gesund, wurde am 5. März 1881 von einer Schwäche der Beine befallen, welche ihm das Gehen unmöglich machte; zugleich vermochte er den Mund und die Augen nicht zu schliessen, der Schlingakt war beeinträchtigt und er litt an heftigen Kopfschmerzen. Am 12. ergibt die Untersuchung: Der Mund ist halb offen und kann, ebenso wie die nicht blinzelnden Augenlieder nur mit Hüfe der Hand geschlossen werden; die Gesichtsfalten sind verwischt, Kauen und Sprechen sind behindert, die Pupillen dilatirt, die Zunge kann nur wenig vorgestreckt werden, die Speisen haben keinen Geschmack, rechts beträchtliche Taubheit. Geringe Schwäche in den Armen, Gürtelgefühl, Ameisenkriechen in den Händen, Anästhesie an den Füssen und am linken Bein, stellenweise auch an den Armen und an der Brust; Gang unsicher, insbesondere bei geschlossenen Augen, kein Patellarreflex, Obstipation. Unter Jodkali-Gebrauch (ob Syphilis vorhanden gewesen, blieb unbestimmt) besserte sich der Zustand bald; ausser einer geringen Inkoordination beim Gehen bleibt nur eine geringgradige doppelseitige Facialis-Lähmung.

In dem ersteren der beiden Fälle bestand die Tabes schon, bevor die Bulbärsymptome erschienen; in dem zweiten dagegen waren dieselben das erste Zeichen der Krankheit. Beide Fälle aber sind dadurch bemerkenswerth, dass in der ersten Periode der Krankheit plötzlich und deutlich ausgesprochene Bulbärerscheinungen auftraten, welche motorische und sensibele Nerven betrafen. Bemerkenswerth ist ferner die bald eintretende Besserung; dieselbe macht es wahrscheinlich, dass es sich nur um cirkulatorische und zwar hyperämische Störungen handelte. In anderen Fällen könnte die Hyperämie sich zur Apoplexie

steigern, und unsere beiden Fälle beweisen desshalb nicht, dass die Fälle von Tabes mit primären Bulbärsymptomen immer eine gute Prognose geben.

E. Bardenhewer.

---

285. **Lizé, Notes sur quelques symptomes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive.** Bemerkungen über einige laryngo-bronchitische Symptome bei Tabes. (L'Union médicale. Nr. 100.)

Nach L. hat Féréol zuerst im Jahre 1868 auf einige bei Tabes zuweilen eintretende laryngo-bronchitische Affectionen aufmerksam gemacht und dieselben in folgender Weise beschrieben. Theils spontan, theils nach geringfügigen äusseren Schädlichkeiten unter dem Einflusse einer die Reflexthätigkeit erheblich steigernden Hyperästhesie entwickeln sich heftige Anfälle eines rauhen, krampfhaften, erstickenden Hustens, ganz ähnlich den Keuchhustenanfällen und gefolgt von seufzenden lauten Inspirationen. Daneben besteht Cyanose der Haut, mehr oder weniger reichlicher Schweiss, zuweilen heftige Schmerzen im Rücken und in den Schultern. Die Resultate der physicalischen Untersuchung der Brustorgane sind meist negativ; der Auswurf fehlt oder ist ganz unbedeutend; es besteht weder Asthma noch Emphysem und die Anfälle gehen meist rasch und ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen, vorüber. L. beobachtete folgenden ähnlichen Fall. Bei einem an ausgesprochener Tabes leidenden 49 j. Mann stellten sich unter dem Einflusse heftiger Kälte die oben beschriebenen Anfälle ein; dieselben wiederholten sich mit kurzen Intervallen während mehrerer Stunden und waren von einem Gefühl von Oppression und Müdigkeit gefolgt. Bei der Auscultation auf der Höhe der Anfälle hörte man nur vorübergehend zischende Geräusche und einzelne crepitirende Rhonchi. Der Auswurf war spärlich, fadenziehend von weisslicher Farbe. Herztöne rein. Puls 110. Zugleich bestand heftiger Krampf des Pharynx, so dass Schlucken absolut unmöglich war. Diese Anfälle wiederholten sich im Verlauf der folgenden Tage; Lavements mit 2 Gramm Bromkali und reizende Fussbäder brachten nur vorübergehend Erleichterung. Ein Versuch, Flüssigkeiten mittelst der Schlundsonde in den Magen zu bringen, misslang, indem durch sofort eintretende Contractionen des Magens und Zwerchfells das Eingeführte zurückbefördert wurde. Nach punktförmiger Application des Glüheisens längs der Wirbelsäule schien sich der Zustand etwas zu bessern, doch erfolgte am 8. Tage nach dem ersten Anfalle der Tod während eines solchen. Die Autopsie konnte nicht gemacht werden. Dass eine Affection des respiratorischen Centrums im verlängerten Mark vorliegt, stellt der Symptomencomplex nach L. ausser jeden Zweifel; er ist geneigt anzunehmen, dass bei der beträchtlich erhöhten reflexorischen Erregbarkeit der durch die heftige Kälte auf die Haut ausgeübte Reiz eine zu starke Erregung der Medulla oblongata hervorgerufen habe. Bemerkenswerth ist der Fall noch dadurch, dass während in den übrigen einschlägigen Beob-

achtungen die beschriebenen Hustenanfälle sich in der ersten Zeit der tabetischen Erkrankung einstellten und sich im weiteren Verlauf verloren, hier dieselben nach längerem Bestehen der Tabes auftraten und das letale Ende herbeiführten.

Brockhaus (Godesberg).

---

286. **Brown-Séquard, Des phénomènes unilateraux, inhibitoires et dynamogeniques dus à une irritation des nerfs cutanées par le chloroforme.** (Comptes rendus 1881. T. XCII. Nr. 26.)

Durch Reizung der Haut mittelst Chloroform (Aufträufeln desselben, bei sorgsamer Vermeidung gleichzeitiger Inhalation) erzeugte Verf. an zahlreichen Thieren (Hunden, Kaninchen, Katzen u. A.) sehr mannigfache nervöse Störungen, nämlich:

1. Fast stets an der Applicationsstelle Contraction des Hautmuskels.
2. Motorische Reizungserscheinungen der verschiedensten Art, die bald auf der Applicationsseite bald auf der entgegengesetzten auftraten. So: Nystagmus, Strabismus, Tremor, Contracturen, bestimmte Zwangsbewegungen u. A.
3. Motorische und sensible Lähmungssymptome, wie: Lähmung einer ganzen Körperhälfte, spinale Hemiplegie, Anästhesie einer Extremität u. A.
4. Besonders hervorgehoben wird die einseitige Parese des n. phrenicus und der zugehörigen Zwerchfellshälfte bei erhöhter Erregbarkeit der andern Seite, — es tritt dies sonst constant auf bei Application des Chloroforms auf die Haut des Thorax, dabei wird die Applicationsseite die stärker erregbare.

Br.-S. fasst alle diese Erscheinungen auf als hervorgerufen durch Reizung der Hautnerven.

Lüderitz (Jena).

---

287. **Prof. Monti** (Wien), **Ein Beitrag zur Lehre von der arteritis umbilicalis.** (Archiv für Kinderheilkunde II. Band, 10. und 11. Heft 1881.)

Verf. theilt einen Fall von arteritis umbilicalis mit, welcher zur Pyämie führte, und tritt der von Bedaer und Widerhafer gemachten Angabe entgegen, dass die arteritis umbilicalis stets ein localer Process sei, der fast stets in Genesung ende und nie zur Pyämie führe. Bei einem gut entwickelten Kinde bildete sich vom 9. Tage an, ohne dass am Nabel etwas nachzuweisen war, unterhalb desselben eine Geschwulst, die immer mehr zunahm und schliesslich die ganze untere Bauchgegend einnahm. Es trat dann in weiterem Verlauf Ikterus und

Erysipel auf, welches sich diffus über den Körper verbreitete; es war dann weiter Milzschwellung zu constatiren, Erbrechen trat auf, es bestand Sopor und pyämisches Fieber und unter Convulsionen ging das Kind dann am Ende der 4. Woche zu Grunde.

Die Section ergab eine arteritis umbilicalis, der oben erwähnte Tumor ergab sich als ein Abscess hinter den Bauchmuskeln, welcher circa 200 gr grünlich-gelben, dünnflüssigen Eiter enthielt und das Peritoneum von der vordern Bauchwand abgelöst hatte; Peritonitis war nicht vorhanden.

Verfasser fasst in diesem Falle den Ikterus, das Erysipel, das eigenthümliche Verhalten der Temperatur, Milztumor, Erbrechen, Sopor, den Abscess in der Bauchhöhle als pyämische Erscheinungen auf und stimmt der schon von Runge hervorgehobenen Gefährlichkeit der arteritis umbilicalis vollkommen bei.

Kohts (Strassburg).

---

288. **Duplaix, Polyurie simple.** (Gazette des hôpitaux, 1881, N. 77.)

Die 58 Jahre alte Patientin begann vor 4 Jahren an heftigen Schmerzen in den Lenden, an Sehstörung in Form von Verdunkelung des Sehfeldes und an Polyurie zu leiden. Die beiden ersten Symptome schwanden bald und vollständig; die Polyurie besteht fort: Das Bedürfniss zu uriniren ist beständig und Nachts zu schlafen, ist der Patientin unmöglich. Dabei besteht heftiger Durst; genau so viel Wasser, wie die Pat. ausscheidet, nimmt sie zu sich. Der Appetit ist sehr gut, mitunter kaum zu befriedigen. Die Kranke ist in den vier Jahren beträchtlich abgemagert; die Haut ist trocken und glattglänzend. Sonst ist durchaus nichts Pathologisches nachzuweisen. Der Harn enthält keinen Zucker und kein Eiweiss, die Kranke erhielt täglich 0,005 Extr. Opii. Während der ersten fünf Tage des Hospitalaufenthaltes trank sie täglich 8 Liter Tisan und schied ebenso viel Harn aus. Das specifische Gewicht desselben betrug 1000—1002, und die 24-stündige Harnstoffmenge schwankte zwischen 16 und 21 gr. In den folgenden Tagen nahm das Quantum des Harns und ebenso das des Getränkes ab; als die Opiumgabe auf 0,05 und 0,1 erhöht wurde, machte die Besserung schnelle Fortschritte. Nach 35 Tagen wurden vier Liter getrunken und ausgeschieden; das specifische Gewicht des Harns stieg auf 1008, die Farbe desselben wurde gelblich; die Menge des Harnstoffs schwankte sehr; die Haut war noch trocken und glatt. — Es handelte sich nach D. um einen Fall von Diabetes insipidus.

E. Bardenhewer.

---

289. **Neisser, Weitere Beiträge zur Aetiologie der Lepra.** (Virch. Arch. Bd. 84. S. 514.)

Verf. untersuchte in Granada lepröse Organe, die theils von Leichen stammten, theils, so weit es Knoten der Haut betraf, von Lebenden excidirt waren. Betreffend das Vorkommen der von ihm und von anderen Seiten schon früher gesehenen, aber erst von ihm als specifisch für die Lepra erkannten Bacillen fand Verf., dass dieselben, was die Haut angeht, fast ausschliesslich in den sogenannten Leprazellen eingeschlossen vorkommen und zwar, noch relativ spärlich in den tiefern Lagen der Cutis, von wo sie nach oben hin immer mehr an Menge zunehmen. In des obersten Lagen finden sich sehr zahlreich eigenthümlich grosse runde scharf begrenzte Haufen von wachsartigem Glanze, und aus weiteren Beobachtungen geht hervor, dass diese Haufen dicht mit Bacillen infiltrirte und zur Degeneration gebrachte Zellen sind. Ganz ebenso ist das Verhalten auf den Schleimhäuten. Auch in den Knorpel bis in dessen Zellen dringen die Bacillen vor. Ebenso fand Verf. die Mikroorganismen in der Cornea, den Hoden, Nebenhoden, Leber etc. und was besonders wichtig auch in den peripheren Nerven, deren interstitielle Processe identisch mit denen der Haut sind. Mit verschiedenen näher beschriebenen Methoden behandelt, boten die Bacillen ausser der gewöhnlichen glatten Form noch zwei weitere Formen. Einmal fanden sich Stäbchen mit kugeligen Anschwellungen, einer oder mehreren, im ersteren Falle länger als eine gewöhnliche, aber kürzer als zwei Bacillen, im zweiten Falle stets länger als 2 derselben. Und zweitens kamen Stäbchen vor mit einer und mehreren hellen ungefärbten Lücken. Verf. spricht diese Formen als Wachsthumsvorgänge, als Sporenbildungen an. Eine Reihe von experimentellen Beobachtungen, so angestellt, dass lepröse Hautstücke unter die Haut und in die Bauchhöhle von Thieren gebracht wurden, überzeugten den Verf., dass die Bacillen die Ursache der Lepraerkrankung sind. Was den Verbreitungsweg der Bacillen am Organismus angeht, so ergab sich aus Untersuchungen und Züchtungen des Blutes, dass in diesem keine Bacillen vorhanden waren. Es wird daher am besten das Lymphgefässsystem als Träger angesehen. Es spricht dafür ausser anderen Gründen die Anordnung der stäbchenhaltigen Zellen im Corium und die ungemeine Anschwellung der bacillenhaltigen Lymphdrüsen. Nach alle Diesem kommt Verf. zu der Hypothese, dass die Lepra eine Bacterienkrankheit ist, hervorgerufen durch specifische Bacillen, die in den Körper eindringend von anfänglichen Depositorien aus in die verschiedensten Organe gelangen.

Ribbert.

---

290. **Campana Roberto, Note cliniche ed anatomiche sulla lepra.** Klinische und anatomische Bemerkungen über den Aussatz. (Ann. univ. di med. e chir. 1881. Heft 4 u. 5.)

C. hat 16 Fälle von Lepra (Elephantiasis graecorum) beobachtet; er unterscheidet 4 Formen: die maculöse, tuberculöse, die anästhetische

und Mischformen. Im Anschluss an vier genauer beschriebene Fälle und mit Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur bespricht Verf. sodann die Symptomatologie, die feinere und gröbere pathologische Anatomie und die Therapie des Aufsatzes, gibt die Abbildungen einer Reihe von Haut-Nerven- und Muskelpräparaten, und stellt zum Schluss folgende Sätze auf:

1. Ausser den bekannten Veränderungen im peripheren Nervensystem der Aussätzigen findet sich eine besondere Form der Gefässerkrankung unter dem Bilde der Endoarteritis.

2. Am Herzen beobachtet man zuweilen als Ausdruck der leprösen Erkrankung das Auftreten subpericardialer Knoten.

3. Die Temperatur ist erhöht an den Hautstellen, an denen sich frische erythematöse Flecken zeigen, oder die von Nerven versorgt werden, welche an beginnender Neuritis leprosa erkrankt sind.

4. Neben den gewöhnlichen Hauteruptionen beobachtet man zuweilen phlyctänuläre Formen, in andern Fällen tritt die Hautaffection mehr zurück.

5. Die lepröse Neubildung, ihrem anatomischen Charakter nach zur Gruppe der Granulome gehörig, hat das Eigenthümliche, dass sie in den von ihr ergriffenen Geweben keine Hypertrophie des Bindegewebes hervorruft; es ist dies in so fern ein ungünstiges Moment, als der das Wachsthum der Neubildung beschränkende Einfluss der Bindegewebshypertrophie nicht zur Geltung kommt. Der Sitz der leprösen Neubildung ist hauptsächlich das fettführende Gewebe.

6. Gewisse Eruptionsformen bei Lepra, z. B. die pemphigoiden, sind nicht allein als Folgeerscheinungen der Neuritis und der durch sie hervorgerufenen Ernährungsstörungen in den Nerven anzusehen; es sind vielmehr hierbei wahrscheinlich noch andere Momente, Blutstase, Functionsstörungen und Veränderungen in den Blutgefässen der Nerven im Spiele.

7. Bezüglich der Therapie ist das Hauptgewicht auf gute Ernährung und Herbeiführung günstiger hygienischer Verhältnisse zu legen. Die von Milton u. A. empfohlene innere Anwendung des Chaulmograöls muss noch weiter auf ihren Werth geprüft werden. Das Chrysarobin, äusserlich applicirt, wirkt nur in den maculo-erythematösen und tuberculösen Formen frischen Datums. Bei circumscripten, ulcerirenden oder stark prominirenden Knoten in der Haut kann die Excision unter aseptischen Cautelen mit Vortheil gemacht werden.

Brockhaus (Godesberg).

---

291. **Prof. Abelin, Mittheilungen aus der pädriatrischen Klinik am allgemeinen Kinderhause in Stockholm.** (Archiv für Kinderheilkunde II. Bd. 10. u. 11. Heft. pag. 393—404.)

Die Stockholmer Kinderklinik, an welcher jeder junge Mediciner, um für das Staatsexamen zugelassen zu werden, während 4 Monaten

8 Stunden jede Woche praktisch thätig gewesen sein muss, besteht aus 2 Abtheilungen, einer stationären Klinik und einem Ambulatorium.

Von epidemischen Krankheiten ist hauptsächlich Keuchhusten vorgekommen, fast alle im Alter von 2—6 Jahren. Säuglinge wurden nur sehr wenige davon befallen; die Behandlung war eine hauptsächlich stärkende und tonisirende, kräftige Diät, Chinin, Malzextract, Wein, Leberthran; zur Erleichterung der Expectoration wurden warme Wasserdampfinhalationen gemacht. Inhalationen von Carbolsäure, Salicylsäure, benzoesaurem Natron hatten keinen besonderen Effect. Von Salpetersäure (1 Theil Salpetersäure zu 2—3 Theilen tinct. chin. compos. 5—6 Tropfen alle 2 Stunden) hat Verfasser in Fällen, wo Neigung zu Blutung aus Nase und Luftröhre vorhanden sind, öfters vortheilhafte Wirkung beobachtet; in Fällen, wo regelmässig Erbrechen auftritt, blausäurehaltige Mittel.

Von Cachexien war die Rachitis am meisten repräsentirt; neben feuchten, ungesunden, dunkeln Wohnungen glaubt Verf. die Aetiologie hauptsächlich in dem frühzeitigen und reichen Gebrauch von stärkemehlhaltigen Nahrungsmitteln zu finden, hereditäre Anlage und Syphilis schliesst Verfasser aus. Die Behandlung der Rachitis war eine allgemein kräftigende; gegen den chronischen Darmkatarrh empfiehlt Verf. sehr warm das Carlsbader Wasser in einer Dose von 15—20 gr.

Kohts (Strassburg).

---

292. **Dr. Th. v. Genser. Vergiftung durch Carbolsäure nach äusserer Anwendung derselben bei einem 14 Tage alten Kinde.** (Archiv für Kinderheilkunde. I. Band. 12. Heft, 1881.)

Ein kräftiges, 14 Tage altes Kind hatte in der rechten Axelhöhle einen 20-Kreuzerstück grossen Substanzverlust der Haut, welcher mit in 2% Carbolsäurelösung getauchter Charpie bedeckt wurde. Da die Nekrose nach einigen Tagen sich rasch verbreitet, wurde 5% Carbolsäure verordnet; nach mehreren Stunden trat plötzlicher Collaps, unregelmässige und mühsame Respiration, kühle Temperatur und unaufhörliches Erbrechen ein, der Urin zeigte die für Carbolaufnahme in den Organismus charakteristische dunkle Färbung. Der Tod erfolgte 2 Tage später, nachdem noch Convulsionen sich eingestellt hatten, unter Collaps.

Die Section ergab die bei Carbolintoxicationen immer vorhandenen Erscheinungen: Hyperämie des Gehirns, der Lunge, Leber und Milz. Auffallend war nur, dass sich im Herzen und in den Gefässen Blutgerinnsel fanden, da bei der Carbolintoxication die Coagulabilität des Blutes vermindert ist.

Kohts (Strassburg).

---

293. **Chatin J., Sur la formation du kyste dans la trichinose musculaire.** Ueber die Bildung der Kapsel bei der Muskel-Trichinose. (Comptes rendus T. XCII. Nr. 26.)

Nachdem die Trichine in den Muskel gelangt ist, entsteht um sie herum eine reichliche Hyperplasie des intermusculären Bindegewebes, das dabei als eine amorphe, mit vielen Kernen ausgestattete, rasch an Umfang zunehmende und die Muskelfasern comprimirende Masse sich darstellt. In derselben treten zuerst feinste Proteïnkörnchen auf; darauf zeigen sich andere, alle Charactere des Glycogens darbietende Granulationen, durch welche das eigentliche Cystengewebe gebildet wird. Letzteres verdichtet sich in seinen äusseren Parthien zu einer Wandschicht, die einfach bleibt oder Schichtungen, Faltenbildung und andere secundäre Veränderungen annehmen kann. Das Sarcolemm nimmt an der Bildung der Cyste keinen Antheil, es bildet höchstens eine Art von Adventitia.

Lüderitz (Jena).

---

294. **Lochner** (Schwabach), **Trichinosis.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt 1881. Nr. 23.)

Zum Beweise, dass das Kochen von Fleisch nicht vollkommen vor Trichinose schütze, bringt L. einen vereinzelten Fall von Tr. bei einem Manne, der niemals ungekochtes Fleisch gegessen habe.

Pat. gab an, einige Tage vor der ersten ärztlichen Untersuchung sehr stark im Gesicht geschwollen gewesen zu sein und jetzt starke Muskelschmerzen, Steifigkeit und Mattigkeit zu fühlen.

Es zeigten sich auch die Muskeln dick, steif, gegen Druck sehr empfindlich, jedoch kein Hautödem, aber starke Erhöhung der Körpertemperatur und die mikroskopische Untersuchung einer mit der Harpune aus dem rechten Arm entnommenen Fleischprobe ergab 2 lebende gestreckte Trichinen, die sich im Präparat bald aufrollten.

Nach 4 Tagen Nachlass des Fiebers und der Muskelschmerzen, nach weiteren 3 Tagen Entlastung mit völliger Beschwerdelosigkeit.

Die Untersuchung der nur noch sehr spärlichen Fleischvorräthe war völlig negativ.

Es kann, wenn auch alles Fleisch gekocht und gebraten gegessen wird, dennoch der Eine oder der Andere ein Stückchen bekommen, in dem sich noch einige Trichinen entwicklungsfähig erhalten haben. Auf solche Weise kommen zerstreute Trichinenfälle vor, die leicht übersehen werden können.

Nur allgemein eingeführte mikroskopische Fleischbeschau kann vor Trichinose schützen.

Seifert (Würzburg).

---

295. **Ernst Kormann, Erfahrungen und Versuche über die Verwendbarkeit des H. O. Opel's Nährzwieback als Nebenkost für Säuglinge und an Rachitis leidende Kinder.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVII. Band. I. Heft 1881.)

Verf. hat in 20 Fällen Opel's Nährzwieback bei Kindern in verschiedenem Alter angewandt, in 11 Fällen sind genaue Wägungen gemacht worden; auf Grund deren zieht Verfasser folgende Schlussfolgerungen:

1. Der Nährzwieback ist als Beihilfe zur Ernährung vom 6. Monat an sicher, in vielen Fällen bereits vom 4. Lebensmonate ab verwendbar.

2. Der Zwieback übertrifft alle bisher üblichen Backwerke mindestens durch seinen Phosphatgehalt.

3. Er vermehrt die absolute und relative Körperzunahme und führt dem Knochensystem die nöthigen Salze zu.

4. Rachitis wird durch ihn gebessert, vielleicht auch bei längerem Gebrauch zum Stillstand gebracht.

2. Opel's Nährzwieback ist nicht zu theuer, entschieden sogar billiger als einige der gebräuchlichen Gebäcke und Kindermehle.

Kohts (Strassburg).

---

296. **Uffelmann** (Rostock), **Die Seehospize für scrophulöse Kinder zu Venedig, Loano und Cagliari, sowie die Heilresultate derselben.** (Archiv für Kinderheilkunde II. Bd. 10. u. 11. Heft. 1881, pg. 410—426.)

In diese Kuranstalten werden scrophulöse und rachitische Kinder aufgenommen; die Kur besteht darin, dass die Kinder baden, sehr viel im Freien am Meeresstrande sich bewegen, Leibesübungen vornehmen und mit einer möglichst kräftigen Kost genährt werden; die Kurperiode dauert verschieden lang, an den einzelnen Seehospizen, 5—10 Wochen. Die Resultate, die in jährlichen Berichten mitgetheilt werden, sind so vorzügliche, wie sie keine andere Behandlung der Scrophulose zu erzielen vermag. Es werden im Ganzen 3 Formen von Scrophulose unterschieden:

1) oberflächliche Scrophulose, die auf der Haut und den Schleimhäuten localisirte Form;

2) eiternde Drüsentumoren;

3) Gelenk- und Knochenaffectionen.

Die Berichte geben an, dass der grössere Theil der Patienten, welche an der ersten Form, der oberflächlichen Haut- resp. Schleimhautscrophulose litten, schon im ersten Jahr radical geheilt, der andere bedeutend gebessert wurde, während bei Patienten mit Drüsentumoren und Gelenk- und Knochenaffectionen nach 2 oder 3 Kuren Heilung und Besserung eintrat.

Kohts (Strassburg).

Neue Bücher.

Anderson and others, the sanitary care and treatment of children and their diseases, series of five essays, prepared by request of the trustees of the Thomas Wilson Sanitarium. Boston. 10 M.

Bartholow, A practical treatise on electricity in its applications to medicine. Philadelphia. 10 M.

Beard, american nervousness; its causes and consequences: a supplement to nervous exhaustion (neurasthenia). New-York. 6 M.

Bouchardat, Traité d'Hygiène publique et privée. Paris, Germer Baillière et Co. 18 fr.

Charcot, Ueber die Localisation der Gehirn- und Rückenmarks-Krankheiten. Gesammelt und veröffentlicht von Bourneville und Brissaud. Ins Deutsche übertragen von Fetzer. Zweite Abtheilung. Mit 44 Holzschn. Stuttg., Bouz et Co. 4 M.

Charcot, Leçons sur les conditions pathogéniques de l'Albuminurie, recueillies par Brissaud. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr.

Debierre, Du décollement rétinien et de son traitement avec 5 planches. Paris. Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Dupeyrat, Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'érysipèle. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr. 50 cts.

Edmonds, W. A., Treatise on diseases peculiar to infants and children. New-York. 10 M.

Ferrand, De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpétrière. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 1 fr. 50 cts.

Fournier, Un cas de syphilis cérébrale. Details anatomo-pathologiques. Avec une planche. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr.

Frey und Heligenthal, Die heissen Luft- und Dampfbäder in Baden-Baden. Experimentelle Studie über ihre Wirkung und Anwendung. Mit 4 Tafeln. Leipzig, F. C. W. Vogel. 5 M.

Hart, Diseases of the nervous system: treatise on spasmodic, paralytic, neuralgic and mental affections; for the use of students and practitioners of medicine; with clinical illustrations. New-York. 12 M.

Hublé, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Mendel, Die Manie. Eine Monographie. Wien, Urban & Schwarzenberg. 4 M.

Reichart, Desinfection und desinficirende Mittel zur Bekämpfung gesundheitlicher Einflüsse, wie Erhaltung der Nahrungsstoffe, in gemeinnützigem Interesse besprochen. 2. Aufl. Stuttg. Enke. 3 M.

Schultze, Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. Mit 120 Holzschnitten. Berlin, Hirschwald. 7 M.

Vogt, Der alte und der neue Impfglaube. Zürich. 4 M. 50 Pf.

Westergaard, Die Lehre von der Mortalität und Morbilität. Anthropologisch-statistische Untersuchungen. Erste Abtheilung. Jena, Fischer. 7 M.

Wilbrandt, Ueber Hemianopsie und ihr Verhältniss zur tropischen Diagnose der Gehirnkrankheiten. Berlin, Hirschwald. 5 M.

Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie und Pathogenese. Mit einem Anhange über die Technik der pathologisch-anatomischen Untersuchung. Für Aerzte und Studirende. I. u. II. Theil. 1. Hälfte. Jena, Fischer. 12 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **27. August.** **Nro. 21.**

297. **Dr. Bassanowitz, Ein Fall von Intermittens mit einer Temperatursteigerung bis 46° C.** (Medicinskoje Obosrenije 1881. Januarheft.)

Ein Fall von Febris intermittens, complicirt mit Pleuritis, ist seiner ungewöhnlich hohen Temperatursteigerung wegen erwähnenswerth. Während eines Fieberparoxysmus stieg die Temperatur auf 46° und hielt auf dieser Höhe 8 Min. an, worauf sie auf 41°,8 fiel, dann aber ³/₄ Stunde auf 41° blieb. Trotz solcher enormen Temperatursteigerung waren keine psychischen Alterationen wahrzunehmen. Das Thermometer war richtig.

Krusenstern (Petersburg).

---

298. **Dr. Motschutkofsky, Einzelne Beobachtungen über Rückfallstyphus.** (Wratsch, Nr. 25. 1881.)

Zwei Patienten, Mutter von 22 J. und ihr Sohn von 5 J. erkrankten am selben Ort und zur selben Zeit an Febris recurrens. Die Krankheit verlief bei beiden ausserordentlich gleichartig: die Anfälle waren

von gleicher Dauer, traten zu derselben Tageszeit ein (der Unterschied betrug kaum zwei Stunden); Erbrechen im Beginn des Anfalls, heftige Kopfschmerzen in ersten 2 Tagen, schwach angedeutete Roseolen auf der Brust und auf dem Unterleibe, mässige Muskelschmerzen, Obstruction in den ersten 4 Tagen, worauf der Stuhlgang wieder normal wurde, mässige Leber — und Milzschwellung — waren die vollkommen gleichen Erscheinungen bei beiden; ebenso auch der kritische Frostanfall und der starke profuse Schweiss, welcher 3 Tage andauerte und Abends unter Frösteln zeitweise aussetzte.

Autor hebt hervor, dass das Kind der Mutter ganz ausserordentlich ähnlich sah und glaubt eben in dieser Aehnlichkeit den Grund der Gleichartigkeit der Erkrankung zu finden.

Ferner beobachtete Motschutkofsky bei zwei Recurrenskranken Anschwellung einiger Lymphdrüsen. Der eine Patient, welchen Verfasser erst im zweiten Anfall zur Beobachtung bekam, zeigte scrophulösen Habitus, soll aber vor der Erkrankung an Febris recurrens nur eine einzige geschwollene Drüse in der Submaxillargegend gehabt haben. Im Verlauf des Rückfallstyphus schwollen die Lymphdrüsen in Inguinal-, Hals- und Axillargegenden an und wurden gegen Druck empfindlich. — Die Drüse, welche schon früher vergrössert war, zeigte eine weitere Vergrösserung erst ein paar Tage später. — Nach der Krisis blieb die Temperatur noch einige Tage erhöht, subfebril, bis die Drüsen sich allmählich verkleinerten und ihre Empfindlichkeit verloren. Beim zweiten Pat. (alter Syphilitiker) wurde acute Anschwellung einiger Hals- u. Inguinaldrüsen am dritten Tage des ersten Anfalls bemerkt. Vor der Erkrankung waren die Drüsen hart und nicht empfindlich. Die Anschwellung schwand in der Apyrexie nicht vollständig, die Empfindlichkeit aber verlor sich ganz gegen Ende der fieberfreien Zeit, stellte sich jedoch mit dem Fieber abermals ein; nach Ablauf der Erkrankung liess die Schwellung ziemlich schnell nach.

Krusenstern (Petersburg).

---

299. **Sovel, Note sur un cas de flèvre tellurique avec Hématurie intermittente.** Bemerkungen über einen Fall von Wechselfieber mit intermittirender Hämaturie. (L'Union médicale. 1881. Nr. 109.)

Der Fall betrifft einen 43 j. Arbeiter, der seit 6 Jahren regelmässig im Sommer Intermittensanfälle gehabt hatte. Bei seiner Aufnahme ins Hospital zeigte er ausgeprägte Malariakachexie; die Milzgegend spontan und gegen Druck schmerzhaft, Milzschwellung mässig. Am Morgen des 12. Tages nach der Aufnahme Fieberanfall mit Entleerung eines blutigen Harnes, in dem die Untersuchung rothe Blutkörperchen und Hämatin nachwies. Nach dem Anfall wurde der Urin wieder klar und zeigte Spuren von Eiweiss. Diese Anfälle wiederholten sich an den 3 folgenden Tagen in der Weise, dass die Entleerung des bluthaltigen Urin dem Fieberanfall voranging, dann folgten an den 4 nächsten Tagen noch Fieberanfälle ohne Hämaturie. Immer

aber enthielt der Urin Spuren von Eiweiss. Die Therapie bestand in kräftiger Diät und Chinin. Allmählich erholte sich Pat. vollständig, nur blieb noch längere Zeit Polyurie und es stellten sich dann und wann Kopfschmerzen ein, die dem Gebrauch von Chinin wichen. S. ist der Ansicht, dass zur Erzeugung der Hämaturie 2 Factoren mitgewirkt haben: die dyskrasische Blutbeschaffenheit und eine Nephritis geringen Grades; als direct veranlassendes Moment ist die starke Hyperämie der Nieren während des Froststadiums anzusehen.

Brockhaus (Godesberg).

---

300. **Petrone, Un caso di rachitide acuta.** Ein Fall von acuter Rhachitis. (An. un. di med. e chir. 1881. Heft 6.)

Der Symptomencomplex der acuten Rhachitis, wie er zuerst von Feist, später von Möller, Senator u. A. beschrieben ist, ist folgender. Bei Kindern von 4—16 Monaten entwickelt sich in Verbindung mit einem Gastro-Intestinalkatarrh (oder auch ohne einen solchen) und mit Anschwellung des Zahnfleisches und Gaumens ziemlich intensives Fieber, dem bald mehr oder weniger schmerzhafte Schwellungen der Epiphysen aller oder des grössten Theils der Röhrenknochen und der Schädelknochen folgen. Die Heilung erfolgt in den meisten Fällen nach wenigen Wochen; tritt der Tod ein, so ist er durch Complicationen bedingt. P. beobachtete folgenden Fall. Bei einem gut genährten und kräftig entwickelten 11 Monat alten Kinde gesunder Eltern — der Vater hatte als Kind an Rhachitis gelitten, doch waren keine Spuren dieser Erkrankung zurückgeblieben — stellten sich ohne irgend welche greifbare Ursache abendliche Temperatursteigerungen (bis zu 39,4° C.) ein, die gegen Morgen unter starker Schweissentwicklung an Kopf und Hals nachliessen. Appetit und Verdauung waren normal, dagegen vermied das sonst lebhafte Kind jede Bewegung der Extremitäten und schrie, wenn es aufgenommen wurde. Nach etwa 2 Wochen stellten sich gegen Druck schmerzhafte Anschwellungen der unteren Epiphysen des Radius, der Ulua, des Femur, der Tibia und Fibula beiderseits ein. Die entsprechenden Gelenke sind intact, die bedeckende Haut zeigt keine Veränderungen. Ausserdem ergab die genaue Untersuchung des ganzen Körpers ausser leichter Schwellung der Milz und einiger subcutaner Lymphdrüsen nichts Abnormes. Die Behandlung bestand in Darreichung von kleinen Chinindosen, Aq. Calcis und in kräftiger Ernährung; im Verlauf von 4 Wochen erfolgte vollständige Heilung. P. glaubt diesen Fall mit demselben Recht als acute Rhachitis auffassen zu dürfen, wie dies die oben genannten Autoren in ihren Fällen gethan haben, hält aber den Beweis, dass wirklich ein rhachitischer Process zu Grunde liege, erst dann für erbracht, wenn, was bisher noch nicht geschehen, exacte mikroskopische Untersuchungen der afficirten Knochen dies bestätigten. Er macht darauf aufmerksam, dass congenitale Syphilis in Fällen, die nicht in den ersten Wochen oder Monaten letal

endigen, im Stande ist ähnliche Affectionen hervorzubringen; eine genaue Anamnese und Untersuchung auf andere Symptome congenitaler Lues sei daher in ähnlichen Fällen stets erforderlich.

Brockhaus (Godesberg).

---

301. **B. Naunyn** und **J. Schreiber, Ueber Gehirndruck.** (Archiv für experim. Path. und Pharmakol. XIV. Bd. S. 1—112. 1881.)

Die Verfasser haben an Hunden Versuche angestellt über die Erscheinungen, welche durch Erhöhung des Drucks im Subarachnoideal- und im Subduralraum hervorgerufen werden.

I. Die Beziehungen des subduralen zum intrapialen (subarachnoidealen) Druck sind so innige, dass jede Steigerung des letzteren am hintersten Ende des Rückenmarks sich, wie der Versuch zeigt, fast ungeschwächt bis an die Hirnbasis und bis in die Ventrikel hinein fortpflanzt. Ob auch bis in die extrapialen Räume der Grosshirnconvexität, ist nicht zu erweisen. Doch ergiebt sich aus manometrischen Versuchen, dass vom Schädel her ein intragial (im Cavum subdurale) gesteigerter Druck sich schnell unvermindert auf den ganzen Arachnoidealsack und bis zur Caula equina hin überträgt. In umgekehrter Richtung geschieht dasselbe weniger prompt, wobei jedoch zu bedenken, dass das Grosshirn in Folge des von unten her wirkenden Drucks mit seiner Convexität die Trepanöffnung leicht verlegen kann.

II. Die Versuchsanordnung zum Zwecke des Studiums der Hirndrucksymptome bestand darin, dass in der Gegend der Cauda equina in den Arachnoidealsack eine Glascanüle eingeführt wurde, welche zur Zuleitung der mit einem Hg-Manometer in Verbindung stehenden Druckflüssigkeit ($^3/_4$ $^0/_0$ige erwärmte Kochsalzlösung) diente; Puls und Respiration wurden graphisch vom Thiere selbst aufgezeichnet. Stets wurde Narkose angewendet, mitunter auch Curare.

III. Die Symptomatologie des experimentell bei Hunden erzeugten Hirndrucks ist dieselbe, gleichgiltig ob letzterer intrapial (vom Subarachnoidealsack der Cauda) oder extrapial (vom Subduralraum des Schädels aus) erzeugt wird. Die Erscheinungen sind folgende:

1. Schmerzen. Sie treten am frühsten und bei den geringsten Graden des Drucks auf, besonders heftig bei plötzlicher Druckzunahme.

2. Von Störungen des Bewusstseins kommt nur die Bewustlosigkeit in Betracht, die noch am ehesten aus dem Aufhören des activen Characters der Respiration zu erkennen ist.

3. Krämpfe sind ebenfalls frühe Erscheinungen, meist zuerst klonisch, dann tonisch aber kurzdauernd. Eigentliche epileptische Anfälle sind selten.

4. Herzaction und Athmung. a) Schnell eintretende energisch wirksame kurzdauernde Compressionen erzeugen das „Hauptphänomen“. Verlangsamung des Pulses mit hohen und steilen Elevationen und fehlenden Respirationswellen, wie bei Vagusreizung. Die

dazu nöthige Druckhöhe und - Dauer variirt, beträgt im Allgemeinen 100—120 mm Hg durch 10—40 Secunden. Nach Aufhören des Drucks kehrt der Puls allmählich zur Norm zurück. — Die Respiration wird nach kurzer Beschleunigung stark verlangsamt und kann ganz aussetzen, doch ist dies Verhalten nicht so regelmässig wie die Aenderung des Pulses. b) Allmählich gesteigerte, kurzdauernde, energisch-wirksame Compression wirkt für den Erfolg ebenso wie die plötzlich in wirksamer Höhe einsetzende. c) Schwach wirksame d. h. nicht zum Hauptphänomen führende Compression erzeugt, wenn sie nicht ganz unwirksam bleibt, eine geringe Verlangsamung der Pulsfrequenz und fast stets dabei ein erhebliches Schwanken derselben. Die Respiration wird unregelmässiger beeinflusst: meist wird sie etwas langsamer und flacher; um eine fortdauernde Wirkung zu erhalten, sind die Druckhöhen bald zu steigern bald zu mindern; unmittelbar nach jeder Aenderung tritt gewöhnlich eine kurze wohl reflectorisch bedingte Beschleunigung der Respiration auf. d) An und für sich schwach wirksame oder unwirksame Compressionen werden im Anschluss an stärker wirksame — als „Nachdrücke“ — ebenfalls wirksam, sie bewirken eine Verzögerung der Ausgleichung. Dies betrifft vornehmlich das Verhalten des Pulses. e) Lang anhaltende, stark wirksame Compression. Ein zum Hauptphänomen führender Compressionsgrad wird stets früher oder später, sofern er lange genug unterhalten wird, tödtlich. Schon das Aussetzen der Respiration kann plötzlich zum Tode führen; meist aber kommt die Athmung von selbst wieder in Gang und zwar in ganz eigenthümlicher Weise: das Thier macht eine langdauernde krampfhafte In- und Exspiration, dann folgen in Pausen eine Reihe solcher Athemzüge, verschieden tief, aber stets krampfhaft. Gleichzeitig treten sanft ansteigende und abfallende Blutdruckwellen auf, die allmählich steiler werden und sich endlich zu förmlichen Sturzwellen des Blutdrucks gestalten. Gegen den Exitus hin werden die Wellen wieder niedriger, hören auf, der Blutdruck sinkt auf 0; die Pulse werden kleiner und frequenter, aber nicht frequenter als sie vor der Hirncompression waren; die Athmung erlischt und der Tod tritt ein.

5. Arterieller Blutdruck. Das erste graphisch nachweisbare Symptom des Hirndrucks ist die „primäre Erhebung“ des mittleren arteriellen Blutdrucks. Die Höhe derselben ist weder von dem Grade noch von der Dauer der Compression abhängig. Ihre Dauer geht, zwar unabhängig von dem Grade der Compression, doch parallel der sogen. Wirksamkeit der letzteren; meist hört sie früher auf als die Hirncompression selbst. Bei curarisirten Thieren ist die maximale Erhebung des Blutdrucks durchweg viel höher als bei nicht curarisirten. Am wahrscheinlichsten ist es, dass diese primäre Erhebung reflectorisch, durch die Zerrung sensibler Nervenfasern erzeugt wird. — Der primären Erhebung folgt die „maximale Erniedrigung“ des Blutdrucks, die bei kurzen energisch wirksamen Compressionen nicht selten bis zu 20 mm Hg beträgt und besonders bei langdauernden Drücken sich über Minuten hinziehen kann. In letzteren Fällen geht sie dabei in rhythmische Blutdruckwellen über. So ist es bei ätherisirten Thieren. Bei curarisirten ist die maximale Erniedrigung viel geringer und bedarf zu ihrer Erzeugung relativ viel höherer Druck-

grade. — Die Erklärung dieses Verhaltens des Blutdrucks sehen die Verf. in Folgendem. Durch die Hirncompression entsteht zunächst eine reflectorische Erregung der vasomotorischen Nerven und hierdurch die „primäre Erhebung“. Als zweite Wirkung gesellt sich eine centrale Erregung des Vaguscentrums hinzu. Es werden somit zwei Apparate in Erregung gesetzt, welche auf den Blutdruck den entgegengesetzten Einfluss ausüben. Die Vagusreizung scheint jedoch später und weniger constant zu erfolgen; sie kann den Blutdruck um so mehr und um so schneller erniedrigen, je später sie einsetzt. Unterstützt wird sie dabei, wenn gleichzeitig als weiteres den Blutdruck erniedrigendes Moment Aussetzen der Athmung dazutritt. Letzteres führt aber wiederum zu einer Ausgleichung: es sammelt sich CO_2 im Blute an, es wird dadurch das vasomotorische Centrum erregt und damit die Erniedrigung des Blutdrucks wieder beseitigt. Dass bei curarisirten Thieren die maximale Erniedrigung in der Regel ausbleibt, erklärt sich dadurch, dass hier die den Blutdruck herabsetzende Wirkung des Aussetzens der Athmung in Wegfall kommt. — Die schon oben erwähnten bei langdauernden Compressionen auftretenden mehr oder weniger rhythmischen Blutdruckwellen zeigen folgendes Verhalten. Bei curarisirten Thieren, bei welchen die maximale Blutdruckerniedrigung selten ist und somit das Hauptphänomen meist allein in den der primären Erhebung folgenden langsamen Vaguspulsen besteht, ist zu unterscheiden 1) die „primäre Schwankung der Grundlinie“ d. h. ein schwankendes Absinken des Blutdrucks bei Unterbrechung eines energisch wirksamen Drucks, 2) die „Erregungswellen“ d. h. kurzdauernde, bisweilen sehr hohe der primären Schwankung aufgesetzte Wellen. Bei nicht curarisirten Thieren sind die Verhältnisse viel complicirter, hier kommt die in den verschiedenen Versuchen verschieden gestörte Respiration mit dem Einfluss, den sie ihrerseits auf den Blutdruck ausübt, hinzu. Die „Erregungswellen“ erklären sich wie die sog. Traube-Hering'schen Wellen als bedingt durch selbständige central erzeugte vasomotorische Reizung. Die „primäre Schwankung der Grundlinie“, eine unregelmässige Curve, hat sehr verschiedene Ursachen: Athmung, Bewegungen des Versuchsthieres, vorübergehend gesteigerte Pulsfrequenz u. A. m. — An den Pupillen wurden constante Erscheinungen nur in einem Fall beobachtet: hier wurden sie in rhythmischer Weise mit dem Ansteigen einer Blutdruckwelle weiter, mit dem Absinken wieder enger — vielleicht führte hier die Erregung der Med. obl. gleichzeitig zur Contraction der Gefässe und des Dilatator pupillae.

IV. Die Pathogenese des Hirndrucks. Die Ansicht, dass eine durch die Gefässcompression herbeigeführte Hirnanämie das Eintreten der Hirndruckerscheinungen vermittle, ist bisher nicht bewiesen, es sprechen aber für sie die folgenden Versuche. Es zeigte sich, dass eine einfache selbst längere Zeit hindurch angewandte Hirncompression und ebenso der Verschluss der 4 das Hirn mit Blut versorgenden Arterien (beide Karotiden und beide Subclaviae), wenn jeder dieser Eingriffe allein für sich wirkte, in einem speciellen Falle bei einem Thiere nicht zu Hirndruckerscheinungen führte, während beide Eingriffe zusammen sofort Pulsverlangsamung und Hauptphänomen ergaben. In einem andern Versuch wurde durch Compression der Bauchaorta der

Carotidendruck erhöht, und während dieser Zeit blieb eine intrapiale Compression von gewisser Stärke und Dauer ganz unwirksam; der Verschluss der Aorta wurde aufgehoben, und indem nun der Blutdruck wieder sank, trat sofort Pulsverlangsamung mit Hauptphänomen ein. Nach diesen Versuchen ist es wahrscheinlich, dass — wenigstens beim Hunde — der künstlich erzeugte Hirndruck dadurch wirkt, dass er Hirnanämie herbeiführt. Von den Hirngefässen werden zuerst die Venen comprimirt, dann die Capillaren, und zuletzt — sobald der Compressionsgrad die Höhe des in den zuführenden Gefässen herrschenden Blutdrucks erreicht — die Arterien. Die eben wirksamen Compressionswerthe lagen in den meisten Fällen ein wenig, d. h. 15—30mm Hg, unter dem Karotidendruck.

Die Deutung der einzelnen Symptome anlangend, so sind

1. Die Schmerzen wohl doppelten Ursprungs: sie entstehen durch Druck und Zerrung der Dura mater, wahrscheinlich aber auch durch die vom Hirndruck erzeugte Hirnanämie.

2. Die Krämpfe sind hauptsächlich Folge der Hirnanämie. Andere Zuckungen sind wohl reflectorischer Natur, und die im Moment der Aufhebung wirksamer Hirncompressionen auftretenden Krämpfe entstehen vielleicht so, dass hier das nach Aufhören des Drucks wieder zuströmende arterielle Blut als Reiz für die betreffenden Theile der Hirnsubstanz wirkt.

3. Die Bewusstlosigkeit ist Folge der Hirnanämie.

4. Die Pulsverlangsamung beruht auf Reizung der centralen Vagusursprünge, sie bleibt aus nach Vagusdurchschneidung oder nach Atropininjection.

5. Bei den Respirationsstörungen ist — abgesehen von der Beeinflussung der Athmung durch die Schmerzen — zu unterscheiden der initiale Respirationsstillstand im Beginn starkwirksamer Hirndrücke, welcher wohl durch starke Erregung der Centren für die centripetalen Fasern des Vagus und Trigeminus (des Regulationscentrums) entsteht, und zweitens die später auftretende dauernd krampfhafte Respiration. Letztere hat vielleicht darin ihren Grund, dass bei längerem Bestehen des wirksamen Hirndrucks die dauernde Anämie des Centralnervensystems zu einer Lähmung derjenigen Organe führt, welche im Beginn des Drucks durch das Eintreten der Anämie vorübergehend erregt werden; nach Analogie des Respirationsmodus, der nach M. Markwald bei gänzlicher Abtrennung der respiratorischen Centren von allen centripetalen oder auch von höher oben gelegenen Centren zu ihnen gelangenden Impulsen, bei blosser Erregung durch das Blut, eintritt.

V. Die Bedeutung der Versuchsergebnisse für die Lehre vom krankhaften Hirndruck des Menschen betreffend, so bestehen zwar im Symptomenbilde einige nicht unerhebliche Unterschiede zwischen Hund und Mensch, in allen Fällen jedoch wird das Auftreten der Hirndruckerscheinungen vermittelt durch die Steigerung des Drucks in der Cerebrospinalflüssigkeit. Nähere Ursache ist die Hirnanämie, die in Folge der Hirncompression um so leichter eintritt, je niedriger der Blutdruck in den Hirnarterien ist. Alle Eingriffe, die den arteriellen Druck herabsetzen, müssen daher den Hirndruck

steigern. Also ist der Aderlass als Mittel gegen den letzteren nicht anwendbar.

Das Zurückgehen der Hirndrucksymptome bei gleichbleibendem Compressionsgrad kann sowohl beim örtlich begrenzten wie beim allgemein bedingten Hirndruck eintreten durch Resorption von Cerebrospinalflüssigkeit. Liegt die Ursache des allgemeinen Hirndrucks in Erkrankung des resorbirenden Gewebes selbst (z. B. bei Meningitis), so kommt auch eine Ausgleichung des Drucks durch Resorption schwieriger zu Stande.

Hirndrucksymptome treten erst bei einer gewissen Höhe des Hirndrucks auf, die wahrscheinlich für jeden Fall etwas unter der Höhe des Carotisdrucks liegt. Bleibt sie unter dieser Grenze, so ist der Druck zwar funktionell latent, wird aber, wenn er chronisch wird, zu Ernährungsstörungen der Substanz des Centralnervensystems führen müssen. Man kann daher die hieraus resultirenden Symptome als indirecte den directen Hirndrucksymptomen gegenüber stellen. Zu letzteren gehören: anfallsweise auftretende Kopfschmerzen mit Schwindel bis zur Bewusstlosigkeit, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Krämpfe; zu ersteren: Sehstörungen der Neuroretinitis mit Stauungspapille, dauernde Zustände geringerer Kopfschmerzen mit leichtem Schwindelgefühl, allgemeiner Bewegungsschwäche. Ein solcher functionell latenter Hirndruck kann dann plötzlich mit heftigen directen Drucksymptomen in die Erscheinung treten, sobald aus irgend einer Ursache der Blutdruck in der Carotis sinkt; und umgekehrt kann eine vorübergehende Steigerung des letzteren die Hirndrucksymptome zum Verschwinden bringen. Ferner ist nicht unwichtig zu wissen, dass Druckhöhen, welche an sich nicht hoch genug sind um directe Symptome hervorzurufen, als „Nachdrücke" sehr wirksam sein können, und dass der einmal wirksam gewordene Druck jetzt ziemlich erniedrigt werden kann, ohne seine Wirksamkeit zu verlieren.

Die Ursache des Hirndrucks, welcher eigentlich Cerebrospinaldruck heissen müsste, braucht nicht bloss in der Schädelhöhle, sondern kann auch irgendwo im Rückenmarkskanal ihren Sitz haben. Letzteres ist z. B. im Beginn einer acuten Myelitis und spinalen Meningitis der Fall.

Lüderitz (Jena).

---

302. **Tenchini, Singolare deformità del verme cerebellare inferiore in un uomo adulto a tardo sviluppo intelletuale.** Eigenthümliche Deformität des Unterwurmes bei einem erwachsenen Manne mit schlecht entwickelter Intelligenz. (An. univ. di med. e chir. Heft 6.)

Ein 34 j., geistig sehr beschränkter, dem Müssiggang und Trunk ergebener, dabei aber von seiner Person und seinen Fähigkeiten sehr eingenommener Mann war an acuter Lungentuberculose gestorben. Neben den gewöhnlichen Veränderungen in den Lungen etc. fand sich bei der Section im Gehirn Folgendes. Das Grosshirn in allen seinen Theilen,

wenigstens für die makroskopische Betrachtung normal. Der Unterwurm hat eine Länge von 27 mm (gemessen vom freien Rande des Nodulus zur Mitte der commissura brevis) während seine Länge normaliter beim Manne im Mittel 29,2, beim Weibe 27,88 mm beträgt. Der Nodulus springt wenig vor, hat eine Breite von 12 mm (Entfernung der Ansatzpunkte der beiden Vela medullaria poster.) und eine Dicke von 5 mm; die normalen Masse sind beim Manne 11,01 resp. 5,89, beim Weibe 12,04 und 5,38 mm. Die Uvula reicht weit nach vorn, weicht nach rechts ab und hat eine S förmige Gestalt, deren vordere Krümmung ihre Concavität nach links, die hintere nach rechts wendet; ihr Längsdurchmesser beträgt 19 mm, die Breite an ihrem vorderen Ende 10, am hinteren nur 4,5 mm; normaliter betragen diese Masse beim Manne 18,98 und 6,50 mm, beim Weibe 18,05 und 6,66 mm. Die Pyramide und die kurze Commissur zeigen nichts Abnormes. Die schrägen Durchmesser der Kleinhirnhemisphären, gemessen vom hinteren zum vorderen äusseren Winkel ihrer Peripherie, betragen 62 mm (normaliter 65,55 beim Manne und 63,72 beim Weibe). Die von T. sogen. Gewölbeknötchen, zwei, beim erwachsenen Menschen ovale Erhabenheiten im vierten Ventrikel an der Abgangsstelle der pedunculi cerebri sind von rundlicher Gestalt und verschieden stark entwickelt; rechts beträgt der Durchmesser an der Basis 5, links 7 mm. Das rechte hintere Marksegel besteht aus grauer Substanz, das linke ist normal. Das Gewicht des ganzen Gehirns beträgt 1240 gr, das des kleinen mit Varolsbrücke und verlängertem Mark nur 130 gr, reicht also nicht an das der Körperlänge des Individuums (1,67 m) entsprechende Mittel heran. Die beschriebenen Veränderungen bieten nach T. Analogieen theils mit der Form des Kleinhirns bei Thieren z. B. Pferd und Ochs, theils mit fötalen Zuständen. In ersterer Beziehung legt er Gewicht auf die unregelmässige Gestalt der Uvula, auf das Zurücktreten des Längs- und Vortreten des Querdurchmessers einzelner Theile des Unterwurms, sowie auf die geringe Entwicklung der Hemisphären des Kleinhirns im Verhältniss zu der seiner mittleren Theile. An fötale Zustände erinnert die rundliche Gestalt der sog. Gewölbeknötchen und das aus grauer Substanz bestehende rechte hintere Marksegel; beim Foetus sind während der ersten Entwicklungsmonate beide hintere Marksegel aus dieser Substanz gebildet.

Brockhaus (Godesberg).

---

303. **Scarpari, Intorno alla presunta infettività della pneumonite crupale.** Gegen die Aufnahme des infectiösen Charakters der croupösen Pneumonie. (An. univ. di med. e chirurg. Heft 6.)

S. ist auf Grund seiner Beobachtungen, von denen er einige, theilweise mit den Resultaten der Section, des Näheren beschreibt, zu der Ueberzeugung gekommen, dass die croupöse Pneumonie nicht infectiösen Ursprungs ist, wie dies in letzter Zeit von verschiedenen

Seiten behauptet worden ist. Die wesentlichen unterscheidenden Merkmale zwischen infectiösen und nicht infectiösen (fibrinösen, croupösen) Pneumonieen sind nach ihm folgende.

Die genuine croupöse Pneumonie beginnt mit einem einmaligen, starken, länger dauernden Schüttelfrost ohne oder mit unbedeutenden Prodromalerscheinungen, die infectiöse mit kurzen, öfter wiederholten Frostanfällen, denen ein längeres Stadium allgemeinen Unbehagens vorhergeht.

Die Temperatur steigt bei der croupösen Pneumonie gewöhnlich am ersten Tage zu einer beträchtlichen Höhe (bis 41° C.) um dieselbe während des weiteren Verlaufs der Krankheit überhaupt nicht oder aber nur an den Abenden der nächstfolgenden Tage zu erreichen. Am 7. oder 9. Tage tritt in den günstig verlaufenden Fällen vollständige Krisis mit rascher Reconvalescenz ein. Der Gang der Temperatur bei der Pneumonie infectiösen Ursprungs ist unregelmässig; das Fieber zeigt gewöhnlich continuirlichen Typus und entspricht die Höhe desselben meist nicht den schweren Allgemeinerscheinungen. Der Ausgang ist im günstigen Falle Lysis mit protrahirter Reconvalescenz.

Der Auswurf ist bei der croupösen Pneumonie in den ersten Tagen nicht sehr reichlich, zähe, geruchlos, von der bekannten rostbraunen Farbe, bei der infectiösen massenhafter, flüssiger, von stechendem Geruch entweder mit wenig Blut vermischt, oder rein blutig, letzteres nach S. ein Zeichen der dyscrasischen Natur der Erkrankung.

Bei der croupösen Pneumonie sind die den einzelnen Krankheitsstadien entsprechenden physicalischen Symptome seitens der Lungen immer scharf ausgeprägt; gewöhnlich sind nur die unteren Partieen, und zwar in der Mehrzahl der Fälle rechterseits ergriffen. Die Pneumonie infectiösen Ursprungs localisirt sich gewöhnlich, ähnlich der Tuberculose, in den obern Lappen und oft auf beiden Seiten gleichzeitig. Die physicalischen Symptome sind meist nicht sehr prägnant und entsprechen in vielen Fällen nicht der Schwere der Erkrankung. Die pathologisch-anatomischen Befunde sind nicht so constant und bestimmt, wie bei der croupösen Pneumonie.

Bei der croupösen Pneumonie findet sich selten eine stärkere Milzschwellung; dieselbe ist die Folge der durch Circulationshindernisse im kleinen Kreislauf bedingten Hyperämie und verschwindet vollständig mit dem Fieberabfall; bei der infectiösen Pneumonie ist stets bedeutende auf Hyperplasie der constituirenden Gewebselemente beruhende Milzschwellung vorhanden, welche den Fieberabfall oft längere Zeit überdauert.

Bei der Pneumonie infectiösen Ursprungs enthält der Urin sehr gewöhnlich Eiweiss.

Der Icterus ist bei der croupösen Pneumonie selten; er ist catarrhalischen Ursprungs, verursacht durch dieselbe Schädlichkeit, welche die Lungenentzündung hervorrief. Bei der infectiösen Pneumonie ist der Icterus häufig und Folge der durch das eingedrungene Virus herbeigeführten Blutdissolution.

Die croupöse Pneumonie unterscheidet sich ferner von der infectiösen dadurch, dass das erkrankt gewesene Lungenparenchym grosse Neigung zu neuer Erkrankung behält.

Die Prognose ist bei der croupösen Form günstiger als bei der infectiösen.

Infectiöse Pneumonien entwickeln sich gewöhnlich unter dem Einfluss solcher äusserer Verhältnisse, die auch das Entstehen anderer Infectionskrankheiten begünstigen, während unter günstigen hygienischen Bedingungen die croupöse Form die gewöhnlichere ist.

Die von Klebs bei der genuinen croupösen Pneumonie gefundene Monas Pulmonalis beweist nichts für die infectiöse Natur der Krankheit, da das Auftreten desselben Organismus auch bei Bronchitis, Bronchiectasen, Cavernen etc. constatirt ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

304. **Dr. Bachutow, Zwei Fälle von Gastralgie.** (Protocoli obschtestwa kawkaskich wratschej 1881. Nr. 2.)

Verfasser beschreibt zwei Fälle von Gastralgie, welche ihre Ursache in der Malariaerkrankung hatten; die Patienten, welche früher an Febris intermittens gelitten hatten, erkrankten beide plötzlich an heftigen Schmerzen im Epigastrium, welche durch Druck auf die Magengegend durch Genuss von Speisen herabgesetzt wurden, mithin den Character der Gastralgie zeigten. Die Anfälle erschienen täglich und regelmässig um Mittagszeit, dauerten 3 Stunden an, endeten mit profusem Schweiss, nach welchem die Schmerzen vollkommen geschwunden waren. — Nur einmal wurde eine geringe Temperaturerhöhung (38,5) im Anfall beobachtet. Durch Morphium wurden die Schmerzen wenig beeinflusst, wichen aber nach Gebrauch von Chinin und Arsenik.

Krusenstern (Petersburg).

---

305. **R. Fleischer, klinische und pathologische Beiträge zur Lehre von den Nierenkrankheiten.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXIX. S. 129.)

Durch eine Reihe von Stoffwechseluntersuchungen bei Nierenkrankheiten versucht Fl. die vielfach discutirten Fragen von der Function der Nieren, der Bildungsstätte des Harnstoffs, zu fördern, und die Lehre von den so häufigen Complicationen von Nierenaffectionen, der Urämie und Hypertrophie des L. Ventrikels auf genau definirbare Störungen des Stoffwechsels zurückzuführen.

Ein kritisch-historischer Ueberblick über die Entwicklung und Wandelung dieser Fragen zeigt, dass trotz des grossen Aufwandes von Arbeit eine endgiltige Entscheidung derselben noch aussteht.

Die Untersuchungen wurden in 6 Fällen von Schrumpfniere durchgeführt. Um dabei genaue Vorstellungen über die Nahrungsein-

fuhr zu erhalten, wurden bei Controllindividuen, die in ganz der gleichen Weise wie die Kranken ernährt wurden, der Harn auf dieselben Bestandtheile jeweils untersucht, da eine genaue Analyse der aufgenommenen Nahrung wegen des grossen Zeitaufwandes nicht durchführbar war. Die Untersuchungen erstreckten sich auf die Bestimmung des spec. Gewichtes, Harnstoffs, Harnsäure, Schwefelsäure, Phosphorsäure, Chlornatrium und Eiweiss; in einzelnen Fällen wurde nur auf Harnstoff, Phosphorsäure, Chlornatrium und Eiweiss, in anderen nur auf Harnstoff und Phosphorsäure untersucht.

Ferner wurde in den Fäces der Stickstoff und die in demselben enthaltene Menge an Phosphorsäure bestimmt. Mit einigen vom Verf. vorgenommenen Abänderungen, geschahen die Analysen nach bekannten Methoden.

Fl. theilt ausführlich die Krankengeschichten der 6 Fälle von Schrumpfniere mit. Von 3, die zur Autopsie kamen, sind genaue Sectionsprotocolle beigefügt. In tabellarischer Uebersicht werden die Resultate der Stoffwechseluntersuchungen in jedem einzelnen Falle zusammengestellt, und dieselben epikritisch beleuchtet. Bezüglich der interessanten Details muss auf das Original verwiesen werden.

Für die Lösung der sich gestellten Aufgabe ergaben sich nun in Bezug auf die erste Frage, der Harnstoffbildung in den Nieren keine neueren Anhaltspunkte. Die Versuchsresultate, nach welchen bei hochgradiger Schrumpfung in einzelnen Fällen wohl eine Veränderung des Harnstoffs nachgewiesen werden konnte, die ausgeschiedene U-menge in keinem Fall jedoch eine ganz geringe war, und ferner vergeblich nach intermediären Stoffwechselproducten gesucht wurde, bestätigen im Ganzen die zumeist gültige Annahme, dass der Harnstoff ausserhalb der Nieren und vielleicht nur zum geringsten Theil in denselben gebildet werde.

Ueber die 2. Frage, die Aetiologie der Urämie ergaben die Untersuchungen Resultate, welche zeigen, dass die Anhäufung des Harnstoffs als die Hauptursache, doch nicht als die einzige des urämischen Anfalls anzusehen ist, dass die deletäre Wirkung auch durch Retention der übrigen Stoffwechselproducte, die Ueberladung des Blutes mit Mineralstoffen hervorgebracht werden kann.

Verfasser fand in einzelnen Fällen dem urämischen Anfall vorausgehend constant eine Verminderung der Harnstoffausscheidung Hand in Hand mit einer Verringerung der ausgeschiedenen Schwefel- und Phosphor-Säure, während eine Verminderung der Harnmenge nicht constant war. Mit dem Auftreten des urämischen Anfalls trat dann ein rasches Aufsteigen der Auswurfsproducte ein, als Resultat einer Reaction des Organismus, besonders der Nerven und des Herzens sich dieser schädlichen Stoffe zu entledigen, nachdem dieselben eine gewisse Grenze der Anhäufung, innerhalb welcher sich der Organismus ihnen gegenüber indifferent verhält, überschritten.

Für den Zusammenhang der Schrumpfniere mit der Hypertrophie des L. Ventrikels, ist die gefundene Thatsache besonders bemerkenswerth, dass neben schwankenden Veränderungen in der Ausscheidung der übrigen harnfähigen Stoffe, (geringe Verminderung der Schwefelsäureausfuhr) bei allen Kranken mit Nierencirrhose die Phosphorsäure-

ausscheidung bedeutend vermindert war. Die Retention der Phosphorsäure, bes. die durch Versuche nachgewiesene, im Verhältniss zu Controlindividuen bedeutende Verlangsamung in der Elimination per os eingeführter Phosphorsäuremengen, — während andere Stoffe, salicylsaures Natr., Therpentinöl die Nieren in gleicher Weise wie bei Gesunden passirten, — glaubt Fl. auf Veränderungen in den Filtrationsvorgängen bei Nierenkrankheiten, zurückführen zu dürfen. In den Fäces konnte eine Vermehrung der Phosphorsäure nicht aufgefunden werden.

In wie weit diese Befunde für die Ansicht des Verfassers über das Zustandekommen der Herzhypertrophie bei Nierenschrumpfung verwerthbar, ob die im Organismus zurückgehaltene Phosphorsäure reizend auf das Herz und die Gefässe einwirke, muss noch durch weitere und umfangreichere Untersuchungen festgestellt werden. Dass jedoch die Phosphorsäure im Blute angehäuft deletäre Folgen für den Organismus haben muss, in gleicher Weise wie alle die Blutmischung verändernde Retentionsstoffe, bedarf eigentlich keines weiteren Beweises; dasselbe ist von Fl. noch ausserdem durch einen Thierversuch sicher gestellt.

Bei der Beobachtung und Untersuchung der einzelnen Fälle haben sich noch, ausser den schon angeführten, eine Reihe weiterer Ergebnisse gefunden, welche Verfasser in kurzem Resumé zusammenstellt. Dieselben betreffen:

Das spec. Gewicht des Harns und dessen inconstante Beziehungen zum Harnstoffgehalt; das Fehlen eines Parallelismus zwischen Eiweissmenge, und der Menge des Harnwassers und Harnstoffs; das ungleiche Verhalten der Harnstoffverminderung bei den einzelnen Nierenkranken; das annähernde Gleichbleiben der Chlorausscheidung bei Gesunden und Kranken; der constante Parallelismus der Phosphorsäure- und Stickstoff-Ausfuhr. Das bei vergleichenden Untersuchungen gefundene Ueberwiegen des Nachtharn, an Menge, Harnstoff- und Phosphorsäuregehalt über den Tagharn und der grössere Eiweissreichthum, des letztern gegenüber dem Nachtharn; die Vermehrung der Harnstoff- und Phosphorsäureabgabe, während der Menses.

Um allgemeine Gesichtspunkte über den Stoffwechsel bei Nierenkrankheiten überhaupt zu erhalten, hatte Fl. noch bei 3 andern Formen von Nierenkrankheiten (Abuminurie ohne nachweisbare Hypertrophie des L. Ventrikels; leichte acute Nephritis; Nephritis chronica mit Amyloid) Untersuchungen angestellt.

In dem ersten Fall fand sich eine normale Ausscheidung der Harnbestandtheile. In dem zweiten, wobei Schrumpfniere nicht ganz auszuschliessen war, wurde eine Verminderung der Harnstoff und der Phosphorsäureausfuhr constatirt. Ebenso wurde in dem III. Falle eine im Vergleich zum Controlindividuum verminderte Harnstoff-, Schwefelsäure- und Phosphorsäure-Abgabe beobachtet.

Hindenlang (Freiburg).

---

306. **Leopold, Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Geschwülste.** (Virch. Arch. Bd. 85. S. 283.)

Die Lehre Cohnheims, wonach die Geschwülste aus Keimen embryonalen Gewebes hervorgehen sollen, veranlasste den Verf. zu untersuchen, wie sich embryonale Gewebe, auf den erwachsenen Organismus transplantirt, verhalten, ob aus ihnen Geschwülste werden können. Er nahm desshalb verschiedene Gewebs- resp. Organtheile von Kaninchen-Embryonen verschiedenen Alters und brachte dieselben theils in die vordere Augenkammer, theils in die Vena jugularis, theils in die Bauchhöhle. Weitaus die besten Resultate erhielt er mit Knorpel. So zeigten Rippenknorpel 7—8 cm langer Embryonen in die Bauchhöhle ausgewachsener Kaninchen gebracht nach einer Reihe von Tagen, nachdem sie durch neugebildetes Bindegewebe eingekapselt waren, deutliche Wachsthumserscheinungen, d. h. Zellvermehrung. Knorpelstückchen von 6 cm langen Embryonen in die Bauchhöhle oder vordere Augenkammer eingeführt wuchsen in wenigen Wochen um das Vielfache, bis Dreihundertfache, wobei die Ernährung durch ein neugebildetes, reichlich vascularisirtes Bindegewebe erfolgte. Mikroscopisch zeigten die so gewachsenen Stücke enorme Zellvermehrung, die allerdings ohne jede Regel erfolgte, da den aus dem organischen Verbande gerissenen Gewebstheilen die typische Wachsthumsrichtung fehlte. Nun geht aber der Process noch weiter. Es kommt in den gewachsenen Stückchen zur deutlichen Knochenbildung mit Markräumen. Weit deutlicher noch ist das der Fall in einer weiteren Reihe von Versuchen, zu denen 4cm lange Embryonen verwandt wurden. Hier kam es in den erheblich gewachsenen Stückchen zu ächter foetaler Knochenbildung von den ersten Anfängen bis zur vollkommenen Ausbildung. Und ebenso fielen die Experimente mit 2½ cm langen Embryonen aus. Zur Controle wurde auch in einer Reihe von Versuchen Knorpel jüngerer und älterer geborener Kaninchen in gleicher Weise transplantirt, aber ohne jeden Erfolg. In keinem Falle erfolgte ein Wachsthum dieser Stückchen. Im Gegensatze dazu bildete also foetaler Knorpel unter lebhaftem Wachsthum Knorpelgeschwülste, Enchondrome und zwar von dauernder Existenz, denn es fand späterhin nicht etwa wieder eine Resorption der neugebildeten Theile statt. Verf. folgert, „die Statthaftigkeit der Hypothese, dass die Geschwülste auf embryonaler Anlage beruhen, ist nunmehr auch experimentell dargethan worden". Weiterhin erörtert Verf. noch die Wahrscheinlichkeit dieser Hypothese speciell für die Uterusmyome.

Ribbert.

---

307. F. W. Pavy, M. D., F. R. S., **A new Line of Research bearing on the Physiologie of Lugar in the Animal System.** (Lancet Vol. II. 1881. V. I u. II.)

Verf. unterwirft die Angaben Claude Bernards über das Verhalten des Glycogens im Blut einer neuen Prüfung und schlägt vor,

um bei der Benennung dieses Stoffes jeden Nebengedanken über dessen etwaige Function zu vermeiden, statt Glycogen Bernardin zu sagen. Kleine Mengen von Bernardin, das vorher auf seine chemische Reinheit und Convertabilität in Zucker geprüft war, werden mit defibrinirtem Schaafsblut für eine halbe Stunde einer Temperatur von 100—110° Fahr. ausgesetzt.

Der Alkoholextract oder das Filtrat nach Kochen mit concentrirter schwefelsaurer Natronlösung wird auf Glycose untersucht, es ergiebt sich so wenig Zucker, dass er mit der gewöhnlichen Fehlingschen Probe nicht nachzuweisen ist. Pavy hat daher seine neue, schon früher veröffentlichte Methode angewandt (Royal Society vol. XXVIII, vol. XXIX). Zusammensetzung des Reagens:

schwefelsaures Kupfer	34,65 gr
weinsaures Natronkali	170,0 „
Kali	170,0 „
Wasser	zu 1 Liter.

120 ccm dieser Lösung werden mit 300 ccm Ammoniak von 0,880 sp. Gew. gemischt und durch Zufügen von Wasser auf 1 Liter gebracht, 20 ccm dünner Lösung entsprechen 0,010 Glucose.

Eine 4,085 gr Glycose aequivalente Menge von Bernardin zu 705 ccm Blut hinzugefügt ergab nur 0,194 gr Zucker. Das unveränderte Bernardin kann wieder gewonnen werden. Es ist also der Beweis geliefert, dass Bernardin unverändert im Blut existiren kann.

Pavy sucht nun den Gehalt des Blutes an Bernardin festzustellen und hat auch seine Untersuchungen auf andere Organe ausgedehnt. Zuerst musste die Glycose aus dem Blut entfernt werden. Dies geschieht durch Ausziehen mit Alkohol, Auspressen, Trocknen und Pulverisiren des Rückstandes, erneuertes Auslaugen mit Alkohol, dies muss 3 mal vorgenommen werden um allen Zucker zu entfernen. Hiernach wird der Rückstand mit Kalilauge gekocht, die 5- bis 6-fache Menge Alkohol hinzugefügt, das Klare nach 24 stündigem Absitzen decantirt; zum Rückstand wird noch einmal Alkohol hinzugefügt und absitzen lassen. Der Rückstand wird mit Wasser aufgenommen mit Essigsäure angesäuert und filtrirt; das Filtrat wird mit Alkohol versetzt und der Niederschlag abgesondert. Dieser Niederschlag giebt mit Kupferlösung keine Zuckerreaction, jedoch deutlich nach Zusatz von Schwefelsäure und Kochen; dies ist das Verhalten des Bernardins. Die Menge des Bernardins in Flüssigkeiten und Geweben wird gewöhnlich aus der Menge des durch Kochen mit Schwefelsäure entstandenen Zuckers berechnet, es zeigt sich jedoch, dass die Umwandelung des Bernardins bei diesem Processe sehr langsam vor sich geht. Pavy kocht daher die Proben in einem besonderen Apparat unter einem Druck von 45 Pf. engl.; bei einer Temperatur von 300° F. in einer Viertelstunde ist die Umwandelung vollendet. Als Mittel aus 29 Versuchen ergab sich in 1000 ccm Schaafsblut 0,616 Bernardin. Es wurden vergleichende Versuche angestellt wie sich das Bernardin, wenn es zum Blut hinzugefügt worden ist, wieder sammeln lässt, die obiges Verfahren in allem rechtfertigen.

Beim Untersuchen der Leber auf ihren Bernardingehalt zeigt es sich, dass durch Auswaschen mit Wasser nur ein kleiner Theil ent-

fernt wird, ein grosser Theil haftet an dem Gewebe fest und kann erst durch obiges Verfahren, durch Kochen mit Kalilauge entfernt werden.

Milz, Pancreas, Nieren, Hirn und Muskeln enthalten alle ziemliche Mengen Bernardin, Katzenmuskel 5 pro mille. Schlussfolgerungen: Bernardin verwandelt sich bei der Berührung mit Blut nur in geringem Grade in Zucker.

Bernardin ist ein normaler Blutbestandtheil.

Bernardin scheint in eine schwache Verbindung mit stickstoffhaltigen Körpern einzugehen (Verhalten der Leber).

Blut, Leber, Milz, Pancreas, Hirn und Muskeln enthalten Bernardin, neben Glycose.

Bernardin ist ein Kohlenhydrat in colloidem Zustand, parallel dem Albumen, wird im Organismus leicht zurückgehalten.

Ludwig (London).

Neue Bücher.

Huguet, Les fièvres graves et l'empoisonnement alimentaire, influence des aliments altérés et falsifiés sur le développement des affections typhoides et éruptives; leur rôle prédisposant aux invasions typhiques et cholériques. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr. 50 cts.

Legendre, Etude sur la scarlatine chez les femmes en couche. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr. 50 cts.

Rumbold, the hygiene and treatment of catarrh. Pt. 1.: Hygienic and sanative measures. Pt. 2.: Therapeutic measures. St. Louis. 16 M.

Sauze, Etude clinique sur la paralysie spinale aiguë de l'adulte. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2. fr.

Skwortzoff, De la cévitée et de la surdité des mots dans l'aphasie. Paris, Delahaye et Lecrosnier 4 fr.

Stackler, Essai sur la broncho-pneumonie érysipélateuse. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Vallienne, Etude sur les transpositions viscérales. Paris Delahaye et Lecrosnier. 3 fr.

Warren, Hernia, strangulated and reducible: with cure by subcutaneous injections; together with suggested and improved methods for kelotomy; [also] an app. giving a short account of various new surgical instruments. Boston. 12 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 13. September. Nro. 22.

308. **Limmer,** (pract. Arzt in Schwaben), **Zur Aetiologie der Diphtheritis.** (Aerztliches Intelligenzbl. f. Baiern. Jahrg. 1881. Nr. 31.)

Ein 2³/₄ jähriger Knabe erkrankte an Diphtheritis und starb nach kurzer Krankheitsdauer.

In der ganzen Gegend war seit lange kein Diphtheritisfall vorgekommen und so keine directe Ansteckungsquelle nachweisbar. Die nähere Nachfrage ergab nun, dass die Hühner auf dem Gehöft massenhaft wegstarben und der Knabe immer mit denselben gespielt hatte. Der Thierarzt erklärte die Krankheit der Hühner für Diphtheritis. Damit stimmt auch ein von Lutz bei Gelegenheit der Diskussion über die Aetiologie der Diphtheritis in der Sitzung des ärztlichen Vereines zu München mitgetheilter Fall überein, in dem 2 Knaben an Diphtheritis

erkrankten, welche in einem Garten aus einem mosigen Wasser getrunken hatten, in welchem Enten verkehrten.

Lutz meint, dass man gar keine Wahrscheinlichkeit habe anzunehmen, dass in dieses Wasser ein diphtheritischer Pilz von einem Kranken gebracht sei.

Verfasser will hiermit die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Hausthiere, als eine Quelle der Infectionskrankheiten lenken.

Kohts (Strassburg).

---

309. **W. D. Bowkett, A clinical Thermograph.** M. R. C. S. Leeds. (Lancet 1881. Vol. II. Nr. III.)

Dieser Apparat registrirt automatisch Temperaturcurven von 24stündiger Dauer. Der Apparat hat die Gestalt eines flachen Cylinders. Der für Temperaturwechsel empfindliche Theil besteht aus einer nach dem Princip des Bourdon'schen Manometers gebauten, mit Aether gefüllten, hufeisenförmig gebogenen Röhre, die in der Peripherie des Cylinders angebracht ist. Die den Temperaturschwankungen entsprechenden Excursionen des einen Endes werden durch einen 3 mal vergrössernden Schreibhebel, dessen Axe peripher, dessen Stift sich im Centrum des Cylinders befindet, aufgezeichnet. Der Stift schreibt auf eine Scheibe von Carton die sich vermittelst eines Uhrwerkes einmal in 24 Stunden um sich selbst dreht. Auf der Scheibe, die leicht gewechselt werden kann, befindet sich ein System von concentrirten Linien, deren Abstand den Temperaturgraden entspricht und ein zweites System von 24 sich im Centrum der Scheibe kreuzenden Kreisbögen, deren Radius und Centrum mit dem des Schreibhebels übereinstimmt, ihr Abstand entspricht dem Zeitraum einer Stunde. Die tägliche Temperaturcurve stellt demnach eine in sich zurücklaufende oder schleifenförmige Curve dar. Das Instrument wird mit seiner metallnen Unterfläche auf das Abdomen aufgesetzt und mit einer aus einem schlechten Wärmeleiter angefertigten Binde befestigt; ist grössere Genauigkeit erwünscht, so kann es in der Achselhöhle befestigt werden oder es kann die Hand, die das Instrument vollkommen bedeckt, mit auf das Abdomen aufgebunden werden. Verfertiger dieses Instrumentes sind Salt and Son, Birmingham.

Ludwig (London).

---

310. **Parrot, Fractures syphilitiques des os chez les enfants.** (Gazette des hôpitaux civils et militairs. Nr. 51.)

Es handelt sich um ein Kind von einem Jahre, welches Fracturen der Knochen zeigte, wie solche nur selten vorkommen. Während gewöhnlich in solchen Fällen die Fracturenden an einer Seite der Extremität hervorspringen, und an der entsprechenden Seite eine Depression

zeigen, fand man hier eine starke Knotenbildung an dem mittleren Theil des linken Beines, deren Umfang 17 cm betrug, während das rechte Bein an derselben Stelle einen Umfang von nur 12 cm hatte. Die obere linke Extremität bot eine ähnliche Knotenbildung an dem mittleren Theil des Vorderarmes dar. Merkwürdig dabei war noch eine fluctuirende Consistenz, die man um den Callus herum fühlte, und welche durch einen peripherischen Abscess bedingt war. Derselbe musste später geöffnet werden; es wurde aus demselben Eiter entleert, der durch seine Beschaffenheit auf Knochenerkrankung hindeutete. Die syphilitischen Fracturen, die gewöhnlich bei Kindern unter 2—3 Monaten vorkommen, haben ihren Sitz in der Nähe der Trennungslinie der Epiphyse und Diaphyse. Es handelt sich da jedoch nicht um eine Epiphysenerkrankung, sondern um eine wahre Fractur der Diaphyse. In unserem Falle dagegen sassen die Fracturen, welche durch Misshandlung entstanden waren, nicht an der gewöhnlichen Stelle, sondern in einiger Entfernung der oberen Extremität der Diaphyse. Es bildete sich nun ein Callus, der in zwei unterbrochenen Schichten auftrat, ohne dass jedoch die Bruchenden sich darunter vereinigten. Zwischen den beiden Knochenenden blieb nämlich eine kleine, mit einem gelatiniformen Gewebe gefüllte Cavität. Ferner entstand durch das Aneinanderreiben der beiden Knochen, welches durch die Misshandlung des Kindes unterhalten wurde, eine Eiterung, die sich unter dem Periost ausbildete, es von dem spongösen Gewebe ablöste und nach aussen zu Tage trat.

Koths (Strassburg).

---

311. **Kiriloff** (Veterinärarzt), **Ueber die Veränderungen im Gehirn und Rückenmark bei Fäulnissfieber.** (Archiv für Thierheilkunde 1881. Juni. Archiv veterinarnich nauk. 1881 Juni.)

Um die Präparate möglichst frisch untersuchen zu können, was dem Verfasser besonders wichtig erscheint, empfiehlt er folgende Behandlungsweise derselben: die dem Cadaver frisch entnommenen Theile werden in Müller'sche Flüssigkeit gelegt; diese letztere wird in den ersten Tagen zweimal, später einmal täglich gewechselt. Nach ca. 3 Wochen ist der genügende Härtungsgrad erzielt und es lassen sich gute Schnitte anfertigen, welche sodann in Spiritus gelegt und später mit Carmin oder Hämatoxylin gefärbt werden. — Spiritus als Härtungsflüssigkeit verwirft Kiriloff ganz.

An solchen Präparaten will Kiriloff festgestellt haben, dass die erste anatomische Veränderung in parenchymatöser Schwellung des Gefässendothels bestehe, welches trübe wird und dermassen an Umfang zunimmt, dass die Capillare nicht mehr durchgängig werden. (Dieses stimmt mit Borchsenius und Reinpolsky's Angaben überein); dadurch muss intra vitam eine Verlangsamung des Kreislaufs und Stauung bedingt werden; in diesem Stadium erscheinen die Gefässe dilatirt. — Als zweites Stadium bezeichnet Kiriloff die Emigration von weissen Blutkörperchen, welche zuerst an Gefässwänden und in peri-

vasculären Räumen sich ansammeln, später aber die Hirnsubstanz infiltriren, hauptsächlich das Bindegewebe, zuweilen aber in die Nervenzellen selbst eindrängen. Durch die Infiltration des Hirngewebes sind nach Kiriloff die Störungen im Nervensystem zu erklären; diese letzteren bestehen in Auftreten von Krämpfen, paralytischen Erscheinungen, Bewusstlosigkeit, in Paralysis des vasomotorischen Centrums etc. — Im zweiten Stadium sind nicht selten Rupturen der kleineren Gefässstämme und Blutextravasate in der Hirnmasse nachweisbar; namentlich wurde dieses im Rückenmark öfters beobachtet und zwar manchmal schon am zweiten Tage; die Ursache dieser Gefässrupturen ist nach Kiriloff im gesteigerten Blutdruck und in den Veränderungen der Gefässwände zu suchen. Vor dem zweiten oder dritten Tage sind in den Nervenelementen keine morphologischen Veränderungen wahrzunehmen, diese treten erst später zu Tage unter dem Bilde der parenchymatösen Degeneration.

Die angeführten Veränderungen im Gehirn und Rückenmark bieten nichts specifisches für das Fäulnissfieber und haben andere Beobachter fast dieselbe bei den verschiedensten infectiösen Krankheitsprocessen beschrieben: bei Typhus abdominalis, und exanthematicus, cholera asiatica, traumatischem Fieber, Malleus und Lyssa.

Krusenstern (Petersburg).

---

312. **Dr. Albert Rosenthal** (Warschau), **Ueber einen Fall von metastatischen Tumoren an der Basis Cranii.** (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. II. Heft 3. pg. 675—684.)

Der Fall betrifft einen 18 jährigen jungen Menschen. Da an verschiedenen Körperstellen (thyreoidea, Tibia, Fibula) harte Tumoren verschiedener Grösse bestanden, wurde die Ausbildung von Störungen in dem Bereiche mehrerer Basalnerven auf die Entwickelung eines Tumors an der Basis des Schädels bezogen. Es waren betroffen: Trigeminus in heftigen Neuralgieen mit Anaesthesie. Die Trigeminus-Neuralgie ist characteristisch für den basalen Sitz der Krankheitsursache, ist nie beobachtet bei intracerebraler Ursache. Der Facialis gelähmt und zwar mit Ergriffensein der oberen Gesichtshälfte. Dabei Geschmacksalterationen in der vorderen Zungenhälfte, für die es unentschieden bleibt, ob sie als Beweis für periphere Facialislähmung gelten darf. (weil von Manchen die centralen Chordafasern in die Trigeminuswurzeln zurückverfolgt wurden). Oculomotorius war gelähmt und die Lähmung aller Fasern wird für die Annahme der basalen Ursache geltend gemacht.

Bei der Lähmung des Opticus und Acusticus gibt es keinen characteristischen Unterschied zwischen basalen und intracerebralen Erkrankungen.

Solches Ergriffensein mehrerer Gehirnnerven sprach für basale Erkrankung, „das Auftreten von Tumoren an anderen Stellen, der progressive Verlauf der Cerebralerscheinungen berechtigen zur Diagnose

eines Tumors der Basis cranii". Die erst später entstandene Rückenmarkslähmung hatte ihren Grund in der Compression des Marks durch kleine sarcomatöse Geschwülste im peripachymeningealen Zellgewebe.

In der Schädelhöhle fand sich bei der Autopsie eine ganze Anzahl von Geschwülsten an verschiedenen Stellen, 'eine von Bohnengrösse an der linken Seite des pons. Auf der Vorderfläche des linken Felsenbeines eine pflaumengrosse Geschwulst um den Trigeminus. Auch gangl. Gasseri umwachsen, sinus cavernosus und oculomotorius gedrückt; eine Geschwulst am linken Porus acusticus internus, Facialis und acusticus umschliessend.

Multiple Tumoren in Lungen, Leber, Milz, Pericard, thyreoidea. Alle aus denselben Neubildungszellen gebildet.

Bemerkenswerth ist noch die Acuität des Verlaufs (zwei Monate). Compression der Nervenstämme ohne irgendwelche Beeinträchtigung des Hirnstammes. Alter des Patienten. Entwickelung der Neubildung in unmittelbarem Anschluss an entzündliche Vorgänge und unter steter Begleitung derselben. Verschiedene vasomotorische und trophische Störungen, Keratitis und Auftreten erysipelähnlicher Hyperämien, deren Ursache ihrer Verbreitung wegen mit der Trigeminusaffection zusammenzubringen.

Finkler.

---

313. **Eloy, Anémie cérébrale par Thrombose. Marche intermittente des accidents.** Gehirnanämie in Folge von Thrombose. Intermittirendes Auftreten der Anfälle. (L'Union médicale. Nr. 117.)

Bei einer bis dahin gesunden, 70 jähr. Frau trat plötzlich Verlust der Sprache, Erbrechen und Zuckungen der Gesichts- und Armmuskeln ein. Der Anfall dauerte einige Minuten und hinterliess zögernde Sprache und Schmerzen im Nacken. Einige Stunden später heftiger und fast eine Stunde dauernder Anfall mit Coma, stertorösem Athmen, heftigen Convulsionen der Gesichts- und Armmuskeln. Nach demselben bestand etwa 1 Tag lang Trismus, Anästhesie der Glieder und Verlust der reflectorischen Erregbarkeit trotz heftiger Reize. Die physicalische Untersuchung der Brustorgane ergab nichts Abnormes. Nachher vollständiges Wohlbefinden mit Schlafneigung. So wiederholten sich die Anfälle mit ganz freien längeren Intervallen noch zweimal; im letzten trat der Exitus ein. Die Autopsie konnte nicht gemacht werden. E. vermuthet den Grund der Anfälle in Circulationsstörungen im Gehirn verursacht durch Thrombosen, da für die andern etwa in Frage kommenden Krankheitsprocesse (Apoplexie, Herderkrankung, meningeale Haemorrhagien etc.) die characteristischen Symptome fehlen. Bermerkenswerth sei der intermittirende Verlauf, während gewöhnlich bei der durch Thrombose hervorgerufenen Anämie des Gehirns ein continuirliches Voranschreiten der Erscheinungen beobachtet werde.

Brockhaus (Godesberg).

---

314. **J. L. Prevost, Expériences relatives à l'élongation des nerfs et aux neurites.** Versuche über Nervendehnung und Neuritis. (Revue médicale de la Suisse Romande 1881. Heft 8.)

P. ist bezüglich der neuerdings bei einer so grossen Zahl von Nervenkrankheiten empfohlenen Nervendehnungen der Ansicht, dass hauptsächlich die guten Erfolge veröffentlicht, die negativen Resultate dagegen zum grössten Theil verschwiegen worden sind, so dass die Casuistik, die wir bis jetzt besitzen, noch keineswegs zu einem endgültigen Urtheil über Indicationen, Werth etc. der Operation berechtigt. Auch habe man bis jetzt zu wenig versucht, durch exacte physiologische Experimente und anatomische Untersuchungen die Art und Weise zu erklären, wie die Nervendehnung wirkt, welche Veränderungen sie in dem gedehnten Nerv hervorruft, ob auch andere Nerven des Körpers durch sie in nachweisbarer Weise modificirt werden etc. P. hat eine Reihe einschlägiger Versuche am Meerschweinchen angestellt; er hat dieses Thier gewählt, weil es ein so fein reagirendes Nervensystem besitzt. Es ist aus den Versuchen von Brown-Séquard, Westphal und anderen bekannt, dass sich bei Meerschweinchen durch Resection oder einfache Durchschneidung eines Ischiadicus sowie durch halbe oder vollständige Durchschneidung des Rückenmarks epileptische Zustände hervorrufen lassen; in den drei ersten Fällen ist die Epilepsie einseitig, im letzten doppelseitig; die ersten Anfälle treten meist 18—20 Tage nach der Operation ein. Besonders leicht erzeugt werden dieselben durch Kneifen oder Frottiren der sog. epileptogenen Zone Brown-Séquard's, welche die Wange, den obern Theil der Schulter und des Nackens der operirten Seite umfasst und sich durch erheblich verminderte Sensibilität auszeichnet. Bei der Untersuchung der diese Zone versorgenden Nerven (N. infraorbitalis, Plexus cervicalis superficialis) hat P. mehrfach entzündlich veränderte Fasern gefunden. Er hat nun den Einfluss studiert, welchen die Nervendehnung bei solchen künstlich erzeugten epileptischen Zuständen hat; im Ganzen sind seine Resultate negativ. Unter 18 Fällen, wo er den durchschnittenen Ischiadicus selbst dehnte, war 15 mal absolut kein Erfolg zu constatiren. In einem Fall trat nach der Dehnung Heilung, darauf ein Recidiv mit spontaner Heilung ein; an demselben Thier wurde einige Monate später durch die Durchschneidung des Ischiadicus der andern Seite aufs neue Epilepsie hervorgerufen, auf welche die Dehnung ohne jeden Erfolg blieb. In einem zweiten Falle trat Heilung ein, zugleich mit der Dehnung war aber auch die Exstirpation eines an der Durchschnittsstelle entstandenen Neuroms gemacht worden und lässt es P. dahingestellt, in wie weit diese Operation auf das Verschwinden der epileptischen Anfälle von Einfluss gewesen ist. In einem 3. Falle trat nach anfänglicher Heilung ein Recidiv ein. 4 Fälle von Dehnung des Ischiadicus der gesunden Seite und 4 Fälle von Dehnung des Plexus brachialis hatten keinen Erfolg. 2 mal bewirkte Dehnung des N. infraorbitalis und des Plexus cervic. superf. Heilung, 2 mal nicht. Da nun P. in mehreren Fällen auch spontane Heilung der künstlichen Epilepsie der Meerschweinchen constatiren konnte, so kommt er zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die künstlich erzeugte Epilepsie beim Meerschweinchen ist einer spontanen Heilung fähig; sie kann auch Monate und Jahre dauern, die Anfälle werden dann allmählich immer seltener und schwieriger hervorzurufen.

2. Der Einfluss der Dehnung verschiedener Nerven auf den Krankheitsprocess ist fast gleich Null.

3. In den Fällen einseitiger, durch Ischiadicusdurchschneidung hervorgerufene Epilepsie sind Veränderungen an einzelnen Nerven der entsprechenden Körperhälfte zu constatiren, welche man als Folgen einer aufsteigenden Neuritis ansehen kann.

4. Die von Brown-Séquard und Quinquaud beobachtete Modification der Sensibilität eines Nerven durch Dehnung eines andern ist nicht constant.

Brockhaus (Godesberg).

---

315. **Pasternatzky, J., Sur le siége de l'épilepsie corticale et des hallucinations.** Ueber den Sitz der Rindenepilepsie und der Hallucinationen. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 2.)

Wie Magnan gezeigt hat, kann man bei Hunden durch intravenöse Injection von Absynthessenz einen epileptischen Anfall und Hallucinationen hervorrufen. Nach Wiederholung dieses Versuchs machte P. an 5 Hunden die Injection, nachdem er zuvor von zwei Trepanöffnungen aus die psychomotorische Rindenzone (durch die Section controlirt) flach abgetragen hatte: das Thier zeigt auch keine Andeutung eines epileptischen Anfalls, dagegen „il commence à agir, sans aucune excitation extérieure, spontanément, comme si les impressions periphériques existaient en réalité“, es verräth Unruhe, Zorn, Wuth im Ausdruck und in Bewegungen; nach 20 bis 30 Minuten versinkt es in tiefen bis zum Tode andauernden Schlaf.

Verf. schliesst hieraus:

1) dass die durch Absynth zu erzeugende Epilepsie von der Rinde ausgeht;

2) dass die evident hallucinatorischen Actionen des Thieres nur auf eine Erregung der subcorticalen Centren bezogen werden können.

Lüderitz (Jena).

---

316. **Dejerine, J., Sur les alterations des nerfs cutanés dans la pellagra.** Veränderungen der Hautnerven bei Pellagra. (Comptes rendus. T. XCIII. Nr. 2.)

In zwei Fällen von Pellagra untersuchte Dej. kurze Zeit post mortem die Hautnerven der erkrankten Partien (Handrücken). Nach Osmiumbehandlung sahen dieselben grau aus statt schwarz und zeigten mikroskopisch nur sehr spärliche und in einzelnen Bündeln gar keine

gesunden Fasern, dagegen sehr zahlreiche längsgefaltete gekernte Nervenscheiden und eine Anzahl von Nervenfasern im Zustande der parenchymatösen Neuritis. Verf. betrachtet das Pelagra-Exanthem als durch eine trophische Störung bedingt.

Lüderitz (Jena).

---

317. **George Mackern,** M. D. Lond., **Case of Leprosy of the Larynx.** (Lancet 1881. Vol. II. Nr. IV.)

Verf. untersuchte einen mit Lepra behafteten Bettler in Lustor in Egypten, dessen zischende Stimme ihm auffiel. Lepraknoten im Gesicht an den Händen und in der Leistengegend, Anaesthesie. Rücken der Zunge mit bis erbsengrossen Knoten bedeckt, Fauces frei, Epiglottis verdickt und verkrümmt, am linken Rand 3 Knoten, Epiglottis vollkommen anaesthetisch, keine Ulcerationen. Arytenoidknorpel blass, etwas vergrössert, tiefere Theile nicht gut sichtbar wegen Vergrösserung der Epiglottis. Anamnestisch wurde noch eruirt, dass in letzter Zeit Pat. oft bei Mahlzeiten Erstickungsanfälle durch Verschlucken hatte (Abbildung im Original).

Ludwig (London).

---

318. **Prof. Hermann Friedberg** in Breslau, **Ist die Entzündung des Brustfelles, der Lunge und des Zwerchfells und die Darmblutung, welche den Tod des Arbeiters Hugo A. herbeigeführt hat, die Folge einer Brustwunde?** Gerichtsärztliches Gutachten. (Eulenburg's Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge. 35 Bd. 1. Heft, p. 45—55.)

Am 2. August wurde A. mit einem Messer in die linke Brust gestochen; es entleerte sich viel Blut und Pat. wurde ins Hospital gebracht. Daselbst zeigte sich am andern Tage, dass in Folge einer Lungenwunde die linke Brusthöhle mit Blut und Luft angefüllt war. Bei den erschwerten Athembewegungen entleerte sich beides aus der Wunde. Im Verlauf der nächsten Wochen nahm der Luftgehalt etwas ab. Am 28. September öffnete sich unter heftigen Hustenstössen, durch welche gleichzeitig blutig-eitrige Massen herausbefördert wurden, die oberflächlich verheilte Brustwunde. Aus ihr entleerte sich ein den durch die Hustenstösse herausbeförderten Massen analoges Sekret. — Einige Zeit darnach wurden durch die Thoracocentese 700 ccm eitriger Massen entleert. Darauf Besserung des durch die lange Krankheit sehr geschwächten und anämischen Patienten. Acht Tage vor dem Tode Schmerzen in der Magengegend mit Brechneigung. Vier Tage vor dem Tode heftiges Blutbrechen, darauf 4 fast rein blutige Stühle. Hochgradige Anaemie, exitus letalis 25. October.

Die Sektion ergab allgemeine Blutleere, grosses linksseitiges Empyem mit schwartigen Auflagerungen der Pleura, eine verheilte Wunde, Verkleinerung und Hepatisation der linken Lunge, entzündliche Degeneration der Muskelsubstanz des linksseitigen Zwerchfelles. Das ganze Darmrohr vom Magen bis zum Mastdarm enthielt eine grosse Menge theils flüssigen theils geronnenen Blutes.

„In der oberen Hälfte des Dünndarms zeigen sich zahlreiche, unregelmässig gestaltete, bald schmutzig braunrothe, bald hochrothe Stellen der Schleimhaut, welche im Quer-Durchmesser 1—3 cm, im Längs-Durchmesser 3—10 cm halten. In den hochrothen Stellen sind die Gefässnetze ausgespritzt. Die schmutzig braunrothen Stellen sind von ausgedehnten Blutadern durchzogen und zeigen Substanzverluste von bald rundlicher bald unregelmässiger Form, welche $1^1/_2$ bis $2^1/_2$ cm lang und fast ebenso breit sind. Die Substanzverluste sind meist oberflächlich, an einigen Stellen aber durchsetzen sie die Schleimhaut gänzlich. An den Rändern der Substanzverluste ist die Schleimhaut in Folge von Gefässausspritzung hochroth und mässig geschwollen; die Ränder liegen meist dem Grunde an, sind aber hier und da in der Breite von 1—2 mm und in verschiedener Länge von ihm abgelöst. Der Grund zeigt dichtnebeneinanderstehende, sehr kleine dunkelrothbraune, fast schwärzliche, hier und da aber auch ziemlich hochrothe Punkte."

In seinem Gutachten weist Verf. zuvörderst nach, dass die krankhaften Veränderungen der linken Lunge, der pleura und des Zwerchfelles Folge der Stichwunde waren und dass schon sie geeignet waren den Tod herbeizuführen. Dazu gesellte sich nun die kolossale Darmblutung, welche durch hochgradige Blutleere das tödtliche Ende beschleunigte.

Ueber das Zustandekommen des Blutergusses in den Darm äussert sich Verf. folgendermassen: „es hatten mehrfache Ursachen daran Antheil, welche insgesammt von der durch die Brustverletzung erzeugten Krankheit herrühren. Kurze Zeit vor dem Tode häufte sich nämlich die Ausschwitzungsmasse in dem linken Brustfellsacke so an, dass sie auf den Brusttheil der unteren Hohlader einen Druck ausübte, welcher die Entleerung der Blutadern der Leber in die untere Hohlader hinderte und dadurch eine Blutüberfüllung der Pfortader und somit der Blutadern der Schleimhaut des Dünndarms erzeugte. Die Ueberfüllung der Blutadern der Dünndarmschleimhaut bewirkte den Bluterguss in das Darmrohr theils dadurch, dass jene barsten und ihr Blut in dasselbe ausschütteten, theils dadurch, dass die von der erschöpfenden Krankheit herrührende Verringerung der Spannkraft der Blutaderwandung Blut durch die letztere austreten liess. Mit dem Bluterguss ging ein Zerfall der Dünndarmschleimhaut einher, welcher Substanzverluste derselben herbeiführte und den Bluterguss vermehrte. Dieser Zerfall rührte von der durch die erschöpfende Krankheit verursachten Ernährungsstörung der Dünndarmschleimhaut her, möglicherweise auch ausserdem noch von Verstopfung einzelner Pulsaderäste des Dünndarms, welche bei erschöpfenden Krankheiten vorkommt und mit dem Namen marantische Thrombose bezeichnet wird. — — — — Da von der durch die Brustverletzung erzeugten Krankheit die

Ursachen herrühren, welche an dem Zustandekommen der Darmblutung Antheil hatten, so erachten die Sachverständigen die Darmblutung für eine Folge der Brustverletzung."

Leo.

---

319. **Dr. Köhnhorn**, Oberstabsarzt, **Zur Aetiologie der Lungenentzündung.** (Eulenburg's Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge. Bd. 35. Heft 1. p. 81—100.)

Verf. will in seiner Arbeit nachweisen, dass die croupöse Lungenentzündung weder eine Erkältungskrankheit noch eine lokale Entzündung, sondern eine Infektionskrankheit ist. Er basirt seine Beweisführung theils auf statistische Angaben anderer Autoren, theils auf ein während 8 Jahren gesammeltes eigenes Material von 300 Fällen in der Garnison Wesel. Seine Gründe sind im wesentlichen das Vorkommen massenhafter Erkrankungen an croupöser Pneumonie weder vorzugsweise in kälteren Ländern noch in der kälteren Jahreszeit, die Coincidenz der croupösen Lungenentzündung mit Typhus und Wechselfieber zu denselben Zeiten und an denselben Orten, der specifische Verlauf der Pneumonie im Gegensatz zu anerkannten Erkältungskrankheiten, wie Laryngitis, Bronchitis, ihr Beginn mit allgemeinen Erscheinungen, Schüttelfrost etc., nicht mit örtlichen Symptomen u. s. w.

Die Einzelheiten seiner Beweisführung sind so ausführlich specialisirt, dass eine vollständige Wiedergabe hier nicht möglich ist und wir den Leser auf das Original verweisen müssen.

Leo.

---

320. **M. Braubach, Ein Fall von Verschluss des ductus choledochus mit nachfolgender Gallenstauungscirrhose und Bildung miliarer Leber-Abscesse.** (Inaugural-Dissertation Bonn 1881.)

Die Frage, ob es gerechtfertigt ist eine scharfe Trennung zu machen zwischen zwei Formen der Lebercirrhose ist nicht völlig entschieden. Eine Form, von Charcot und Gombault „Cirrhose d'origine biliaire" bezeichnet, hat ihren Grund in einer Erkrankung der Gallenwege, indem der entzündliche Prozess vor der Innenwand derselben nach aussen und von da aus über das Bindegewebe sich fortpflanzt und ist characterisirt dadurch: dass die bindegewebige Wucherung im Bezirk der interlobulären Räume in Form von abgerundeten Inseln (cirrhose insulaire) von da aus sich in unregelmässigen serpiginösen Zügen entwickelt, zweitens dass sie jedes Läppchen für sich umwuchert (cirrhose monolobulaire), drittens dass sie von der Peripherie in das Centrum des lobulus vordringt zwischen die Leberzellenreihen und so das Leberparenchym zerstört (cirrhose intra- und extralobulaire).

Als **zweite** Form wird die bezeichnet, welche ihren Ursprung vom Pfortadersystem aus nimmt, (cirrhose veineuse) ist nach genannten Forschern characterisirt, dadurch, dass die bindegewebige Neubildung in Form von Ringen auftritt (cirrhose annulaire) die eine Anzahl von lobuli zugleich umschliessen (c. multilobulaire), auf die Peripherie der Leberläppchen beschränkt, das Parenchym durch Compression zerstörend. B. nimmt an, dass Charcot und Gombault zu viel Gewicht auf die Anwesenheit der Gallenkanälchen bei der hypertrophischen Cirrhose gelegt haben; auch seien die Unterscheidungsmerkmale der beiden Cirrhosisformen in der Verbreitungsweise der Bindegewebsneubildung nicht allgemein völlig zutreffend. (Ackermann, Vir. Arch. Bd. 20). Trotzdem konnte Ackermann bestätigen, dass die anatomische Trennung einer hypertrophischen (cirrh. d'origine biliaire) und einer atrophischen Cirrhose gerechtfertigt sei. Nun veröffentlicht Braubach einen Fall von Lebercirrhose aus dem Cölner Bürgerhospital unter Leichtenstern beobachtet, „wo es in Folge von Verschluss des ductus choledochus zur Secretstauung, zur Dilatation und Entzündung der Gallenwege und im Anschluss daran zur Wucherung des benachbarten Bindegewebes, zur cirrhotischen Veränderung gekommen ist.

Als wesentlichste Momente der klinischen Erscheinungen wird hervorgehoben: Beginn der Erkrankung mit Icterus, Vermehrung des Lebervolumens, fortschreitend im Verlaufe der Krankheit. Leber auf Druck zuweilen schmerzhaft. Die Milz nimmt an Grösse zu. „Zeitweise kommt es zu grösseren Schmerzanfällen im Abdomen, verbunden mit galligem Erbrechen und Auftreten von Ascites, welcher dann wieder verschwindet. Dabei sahen wir die Krankheit von lebhaftem, höchst irregulären, atypischen Fieber begleitet, ohne Schüttelfrost, aber mit starken Schweissen bei plötzlichen Temperaturremissionen. Die Kräfte und das allgemeine Wohlbefinden der Kranken nehmen stetig ab, und schliesslich geht dieselbe unter Delirien und Coma zu Grunde“.

Diesem Gange liegt zum Grunde ein pathologisch-anatomischer Befund, dessen Wichtigstes ist: erhebliche Vergrösserung der Leber, Verkleinerung der cystis felleae und Obliteration des ductus cysticus. „Im ductus choledochus befindet sich ein Gallenstein, oberhalb dessen der ductus choledochus wie die ductus hepatici bis Zeigefingerdicke erweitert sind“. Ebenso die intrahepatalen Gänge durch Stauung des Secrets dilatirt (Ampullen); Verbreitung des entzündlichen Prozesses in reichlicher Bindegewebsproliferation auf Glisson'sches Gewebe und Leberacini, kleinzellige Infiltration und multiple Abscessbildung. Die Bindegewebsneubildung vorzugsweise extra-, nur selten intralobulär. Leberzellen stark gallig tingirt und in Pigmentatrophie.

Die Lebervergrösserung wird nicht nur auf die Secretstauung, sondern auch auf die durch die Entzündung der Gallengänge hervorgerufene Bindegewebshyperplasie und kleinzellige Infiltration zurückgeführt; unterstützt durch venöse Stauung infolge intensiver chronischer Capillarbronchitis. Besondere Besprechung erfährt dann 1. die Bedeutung des Milztumor, der bei der cirrhose d'origine biliaire eine beträchtlichere Grösse erfährt, als bei temporärem Verschluss (Leichtenstern) des Gallenganges 2. das Fehlen hochgradiger Stauungserscheinungen, die mehr weniger vollständige Abwesenheit des Ascites.

Tritt er in der cirrhose d'origine biliaire (in späteren Stadien erst) auf, so ist er meist Folge einer peritonealen Entzündung. Die beständige Erhöhung der Körpertemperatur wird erklärt durch die eitrige Cholangitis - Abscessbildung im Leberparenchym, und von da aus erzeugte Sepsis.

Finkler.

---

321. **E. Lancereaux, Artérite généralisée.** L'Union médicale 1881. Nr. 101, 105, 107 und 112.

L. unterscheidet 3 Formen von Arteriitis: 1) die circumscripte, obliterirende Art., die nur eine umschriebene Stelle des arteriellen Systems, ein mittelgrosses Gefäss, besonders eine der Gehirnarterien ergreift und gewöhnlich syphilitischen Ursprungs ist; 2) die heerdweise auftretende Art., die hauptsächlich ihren Sitz im Anfangstheil der Aorta hat und die Ursache von aneurysmatischer Erweiterung und Perforation wird und 3) die allgemeine Art. Die Unterscheidung von Endo-, Meso- und Periarteriitis hält er für überflüssig. Im Anschluss an 5 näher beschriebene Fälle von allgemeiner Arteriitis, bei denen die Autopsie die Diagnose bestätigte, bespricht er den Entwicklungsgang der Krankheit, die durch sie hervorgerufenen anatomischen Veränderungen und functionellen Störungen der verschiedenen Organe, die Prognose und die Behandlung. Die Krankheit entwickelt sich meist im höheren Lebensalter, besonders bei Personen, die an Gicht, chronischer Bleivergiftung und Hautausschlägen leiden. Zunächst zeigt sich die Aorta ergriffen; hier nimmt die unter dem Namen des atheromatösen Processes bekannte Affection mit Vorliebe die Abgangsstellen der collateralen Aeste ein. Von der Aorta aus verbreitet sich dann der Process mehr oder weniger auf sämmtliche Arterien des Körpers. Die in Folge der verminderten Elasticität der Arterien an die Triebkraft des linken Ventrikels gestellten grösseren Anforderungen erzeugen Hypertrophie desselben; letztere bleibt aus, wenn die den Herzmuskel ernährenden Coronararterien frühzeitig afficirt worden, und verlaufen solche Fälle rasch letal. Werden, wie in den meisten Fällen, die Aortenklappen mit in den Entzündungsprocess hineingezogen, so entsteht durch Verdickung und Schrumpfung Insufficienz derselben. Die Mitralis bleibt gewöhnlich intact. In den Lungen entwickelt sich häufig Emphysem oder es kommt durch Gefässzerreissungen zu Blutungen. Von den Organen des Abdomens zeigt die Milz Verkleinerung, Verhärtung und Verdickung der Kapsel; die Nieren fallen einer atrophirenden Entzündung, besonders der Corticalis anheim; der Urin ist dann eiweisshaltig und von geringer Quantität. Die Schleimhaut des Magens ist meist blutüberfüllt, verdickt und verhärtet, oft durchsetzt mit kleinen Blutextravasaten, die zu Geschwürsbildung Veranlassung geben können. Aehnliche Veränderungen zeigt die Darmschleimhaut. Die dadurch hervorgerufenen Verdauungsstörungen sind die Ursache der allgemeinen Abmagerung, der Atrophie der Muskeln, der schlechten Ernährung und

Brüchigkeit der Knochen. In den Gelenken hat L. fast regelmässig Usur der Knorpel und Knochenwucherungen an ihrer Peripherie beobachtet. Im Gehirn und Rückenmark findet sich Vermehrung des Liquor cerebrospinalis; die nervöse Substanz selbst ist fest, blass, an verschiedenen Stellen wie macerirt, an andern durchsetzt mit hämorrhagischen und Erweichungsheerden, deren Grösse im Verhältniss zum Caliber des betreffenden in den Entzündungsprozess hineingezogenen Gefässes steht. Für die Diagnose der allgemeinen Arteriitis von Wichtigkeit sind: die an verschiedenen Körperstellen nachzuweisende Rigidität der Arterien, die physicalischen Symptome der Hypertrophie des linken Ventrikels und der Insufficienz der Aortenklappen, der Corrigau'sche Puls, das Auftreten von Eiweiss im Urin, die allgemeine Abmagerung, die Anämie. Oedeme sind selten, und stets auf die Extremitäten beschränkt. Die Klagen der Patienten beziehen sich hauptsächlich auf Herzpalpitationen, Beängstigung und Beklemmung auf der Brust, Anfälle von heftigen Brustschmerzen, hochgradige Abgeschlagenheit. Abnahme der Intelligenz, des Gedächtnisses, Erschwerung der Sprache wird oft beobachtet; zuweilen leidet der Gesichtssinn beträchtlich, in einem Falle L's bestand vollständige Hemiopie. Huguénin, der zwei ähnliche Fälle beobachtete, glaubt als Ursache der Sehstörungen eine oberflächlich erweichte Stelle in der Nähe der Fossa Sylvii ansprechen zu müssen; nach L. kann entzündliche Veränderung der Art. nervi optici dieselben verursachen. Die Motilität ist sehr oft gestört; die Bewegungen sind entweder schwach, langsam, ungeschickt oder es zeigt sich mehr oder weniger ausgesprochenes Zittern. Zuweilen sind Paralysen zu constatiren, die sich durch unbestimmte Begrenzung auszeichnen. Die Sensibilität leidet wenig; in einzelnen Fällen klagen die Patienten über Formication und stechende Schmerzen an verschiedenen Körperstellen. L. beobachtete bei einigen seiner Kranken düstere Gemüthsstimmung mit Neigung zum Weinen; er schloss daraus auf Veränderungen im Pons, die auch durch die Section bestätigt wurden.

Der Verlauf der Erkrankung ist ein schleppender, die Prognose schlecht, da wir kein Mittel haben, das Weiterschreiten der Entzündung in den Arterien zu verhindern. L. empfiehlt nach dem Vorgang englischer Aerzte das Jodkali, ferner kalte Abreibungen und Douchen. Die cerebrale Anämie und die durch sie bedingte Schlaflosigkeit bekämpft er mit Opiaten.

Brockhaus (Godesberg).

---

322. **Lubanski, Sur la néphrite consécutive aux scarlatines légères.** Ueber die auf leichten Scharlach folgende Nephritis. (L'Union médicale 1881. Nr. 116.)

L. hat eine umfangreiche Scharlachepidemie bei einem Infanterie-Regiment beobachtet; nur wenige Soldaten blieben verschont. Die ersten Erkrankungen waren schwere mit einigen Todesfällen, später war der Verlauf ein leichterer; oft verrieth erst die Desquamation den durchgemachten Scharlach. Ein solch leichter Fall betraf einen jungen

Soldaten von sehr kräftiger Constitution. Nach kurzem Aufenthalt im Hospital wurde er als gesund entlassen und befand sich zwei Monate hindurch ganz wohl. Dann stellte er sich mit leichtem Oedem der Hände, Füsse und des Gesichts wieder vor; der Urin enthielt kein Eiweiss; das Allgemeinbefinden war in keiner Weise gestört. Am folgenden Tage heftige Dyspnoe, für welche die Untersuchung der Brustorgane kein ursächliches Moment ergab und an welcher der Kranke am 3. Tage zu Grunde ging. Die Urinsecretion war während dieser Zeit spärlich gewesen, eine Untersuchung des Urins auf Eiweiss nicht gemacht worden. Autopsie: Lungen an den Rändern und Spitzen etwas emphysematös und mässig ödematös, sonst normal. Herz in beiden Hälften vergrössert, Wände des linken Ventrikels hypertrophisch. Klappen intact, ebenso die grossen Gefässe. Letztere wie das Herz mit massenhaftem, schwarzen Cruor gefüllt. Leber mässig vergrössert, vom Aussehen der Muskatnussleber. Nieren stark verkleinert, Kapsel leicht abziehbar, Nierenparenchym ungemein fest; die gelblichgraue Corticalis sticht scharf von den dunkelblauen Markkegeln ab. Gehirn und Rückenmark wurde nicht untersucht. L. ist der Ansicht, dass es sich um einen jener selteneren Fälle von urämischer Intoxication handelt, die ihren Ausdruck allein in heftiger Dyspnoe findet, während Coma, Convulsionen etc. fehlen. Dieser Fall beweist wieder, dass nach ganz leichtem Scharlach sich schwere Nierenentzündungen entwickeln können, und fordert zu grosser Vorsicht in der Behandlung und Prognose auch bei scheinbar vollständig abgelaufenem Krankheitsprocess auf.

Brockhaus (Godesberg).

---

323. H. v. Liebig, Condensierte Milch und ihre Anwendung. (Aerztliches Intelligenzbl. für Baiern. Jahrg. 1881. Nr. 32.)

Verfasser glaubt, dass, wenn Kinder, welche mit Liebig'scher Suppe und Kuhmilch ernährt werden, diese Ernährungsweise nicht vertragen sondern Diarrhoe bekommen, dann nicht dem Extract sondern der Kuhmilch die Schuld beigemessen werden muss. Als bei Liebigs eigenem Kinde bei dieser Ernährungsweise (Suppe mit frischer Milch) andauernde Diarrhoeen auftraten, welche durch keine medicamentöse Behandlung gestillt werden konnte, so dass das Kind vollständig heruntergekommen war, so wurde der Extrat mit condensirter Milch gegeben und sofort hörten die Diarrhoeen auf und das Kind gedieh.

Verf. nimmt an, dass in sehr vielen Fällen die Diarrhoeen von Fermenten in der frischen Milch herrühren und dass in dieser Hinsicht der condensirten Milch der Vorzug zu geben ist, indem bei dieser durch längeres Erhitzen im Vacuum die Fermente zerstört sind. Verfasser hält den Liebig'schen Suppenextract in Verbindung mit condensirter Milch für das beste Surrogat der Muttermilch.

Kohts (Strassburg).

324. **Dr. Kowalsky, Zur Behandlung der Nephritis und der Diphtheritis mit Pilocarpin.** (Przeglad lekarski 1881. No. 12.)

Verf. hat bei 14 Nephritikern die subcutane Injektion von Pilocarpin (0,10 piloc. — 10,0 aq. dest.) angewandt; der Speichelfluss stellte sich nach ca. einer halben Stunde ein, war gewöhnlich recht erheblich und dauerte 3 bis 15 Stunden an; der Schweiss trat gewöhnlich auch zu gleicher Zeit ein und dauerte ½—3 Stunden. In einem Fall schwanden die hydropischen Erscheinungen vollständig, in 3 Fällen trat relative Besserung ein; bei den übrigen Patienten aber blieb die Pilocarpinbehandlung vollkommen erfolglos. Die Resultate sprechen nicht besonders zu Gunsten der Pilocarpinbehandlung bei Nephritis.

Bei Diphtheritis dagegen hat sich Pilocarpin ausserordentlich gut bewährt: von 30 Patienten (23 Kinder von 1 bis 3 Jahre alt und 7 Erwachsene) starben nur 2, ein Knabe von 18 Monaten und ein Mädchen von 6 Jahren. — Pilocarpin wunde nach der Guttmann'schen Vorschrift angewandt; die örtliche Behandlung beschränkte sich auf Gurgeln mit einer schwachen Lösung von Kali chloricum.

Krusenstern (Petersburg).

---

325. **Dr. Galanin, Zur Behandlung der Diphtheritis.** (Wratschebnoja Wedommosti Nr. 441. 1880.)

Galanin plaidirt für die Inhalationen von heissem Dampf bei Diphtheritis; er hat bei dieser Behandlung immer den besten Erfolg gesehen auch ohne dass Patienten tief inhalirten; bei gewöhnlicher, oberflächlicher Athmung der Patienten, sank die Temperatur unter dem Einfluss des heissen Dampfes und die lokalen Erscheinungen bildeten sich rasch zurück.

Krusenstern (Petersburg).

---

326. **Dr. Szymansky, Zur Behandlung der Diphtheritis.** (Medycyna 1880. Nr. 44.)

Szymansky gibt mehrere Fälle von Diphtheritis an, welche mit Scharlach complicirt waren, in welchen er die Weitzenbut'sche Mischung (ac. benz. ʒj, lact. sulf. ʒß, glycerini ℥j) mit sehr gutem Erfolge angewandt hat. Mit dieser Mischung wurden die erkrankten Stellen zweistündlich bepinselt. Die diphtheritischen Auflagerungen lösten sich gewöhnlich nach ca. 36 Stunden. Es waren auch schwere Fälle mit Erfolg behandelt. Recidive wurden nicht beobachtet.

Krusenstern (Petersburg).

---

327. **Dr. Danilewsky, Zur Behandlung der Diphtheritis.** (Protokolle des ärztlichen Vereins in Charkow. 1880.)

Danilewsky schlägt vor bei Diphtheritis folgendes Gurgelwasser zu erproben: Rp. Pepsini german. Witte ʒj—ʒj ß, ac. muriat. gutt. xv —gutt. xx, aq. destill. ℥vj. DS. 4mal binnen einer Stunde zu gurgeln. Verf. betont die Nothwendigkeit des häufigen Gurgelns und räth die Medicinflasche in warmem Wasser (ca. 37—40°) zu halten. Das Bepinseln kann auch von Nutzen sein, doch soll sich die Behandlung darauf allein nicht beschränken. Danilewsky hat 12 Patienten (1 Todesfall) im Ganzen hiermit erfolgreich behandelt: 5 von diesen waren leichte Fälle; bei 3 sehr schweren Fällen aber war die Wirkung besonders ins Auge fallend.

Auch Dr. Byschinsky hat das empfohlene Mittel ebenfalls mit Erfolg gebraucht; unter sechs von ihm behandelten Patienten war ein sehr schwerer Fall; alle Kranken genasen.

Krusenstern (Petersburg).

Neue Bücher.

Andrieu, Les ulcères vénériens et leur traitement par l'acide pyrogallique. Paris, Davy.

d'Ardenne, De l'allaitement artificiel. Paris. J. B. Baillière et fils. 3 fr.

Arnould, Nouveaux éléments d'hygiène. Paris, J. B. Baillière et fils. 20 fr.

Beely, Zur Behandlung der Pott'schen Kyphose mittelst tragbarer Apparate. (Samml. klin. Vorträge 199.) Leipzig. Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Bobril, L'Islande; de sa pathologie et en particulier des kystes hydatiques. Paris, Davy.

Börner, Ueber das subseröse Uterus-Fibroid (Samml. klin. Vorträge 202). Leipzig, Breitkopf und Härtel. 75 Pf.

Choiseau, De la généralisation des lymphadénomes dans le tissu cellulaire sous-cutané. Paris, Davy.

Churchill, The diseases of children. London, Longmans. 6 sh.

Dagonet, Conscience et aliénation mentale, étude medico-psychologique. Paris, J. B. Baillière et fils.

Dowse, The brain and nervous system. Vol. I. syphilis of the brain. 2nd. ed. London, Baillière. 7 sh. 6 d.

Dowse, On brain and nerve exhaustion. Neurasthenia: its nature and curative treatment. London, Baillière. 7 sh. 6 d.

Exner, Untersuchungen über die Localisation der Funktionen in der Grosshirnrinde des Menschen. Mit 25 Tafeln. Wien, Braumüller. 20 M.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 17. September. Nro. 23.

328. **H. Toussaint, Contribution à l'étude de la transmission de la tuberculose. Infection par les jus de viandes chauffés.** Ueber die Ansteckungsfähigkeit der Tuberculose. (Comptes rend. T. XCIII. Nr. 5.)

Verf. weist auf die enorme Infectiösität des tuberculösen Virus hin, die selbst durch hohe Temperaturen, bei denen die Milzbrandbakterien sterben, nicht aufgehoben wird. Er injicirte den aus der Lunge einer tuberkulösen Kuh gepressten Saft theils kalt, theils auf 55—58° erhitzt, unter die Haut von Schweinen und Kaninchen. Sämmtliche Thiere erkrankten zunächst an lokaler dann an allgemeiner Tuberkulose und gingen in einigen Monaten zu Grunde, wenn sie nicht vorher schon zum Zwecke der Constatirung des Befundes getödtet worden waren. Einige der mit der heissen Flüssigkeit geimpften Thiere starben sogar früher als die übrigen.

In einer zweiten Versuchsreihe wurde Schenkelfleisch eines tuberkulösen Schweines längere Zeit heissen Dämpfen ausgesetzt, fast gebraten, darauf ausgepresst und der Saft wurde Kaninchen injicirt. Auch diese Thiere erkrankten an lokaler und genereller Tuberkulose.

Auf Grund dieser Versuche betont Verf. die grosse Gefahr, welche in dem Genuss von Fleisch oder Fleischsaft tuberkulöser Thiere, besonders für Kinder und schwache Personen, besteht.

Lüderitz (Jena).

---

329. **Toussaint, H., Infection tuberculeuse, par les liquides de sécretion et la sérosité des pustules de vaccin.** Tuberculöse Infection durch Urin und Vaccinelymphe. (Comptes rendus. T. XCIII. Nr. 6.)

Nach T. können Speichel, Nasenschleim und selbst Urin tuberculöser Thiere die Krankheit übertragen. Vom Speichel und Nasenschleim hat dies bereits Villemin festgestellt. Vom Urin war es bisher noch nicht nachgewiesen; Verf. hat jedoch durch Injection von wenigen Tropfen Urin eines tuberculösen Schweines in das Ohr eines Kaninchens locale und allgemeine Tuberculose erzeugen können. Er sieht diese enorme Infectiosität der Tuberculose als Ursache dafür an, dass z. B. in Milchereien sämmtliche Kühe bisweilen tuberculös erkranken.

Auch für die Vaccination der Kinder sei diese Ansteckungsfähigkeit von Bedeutung. Verf. hat Lymphe, die aus der Vaccinapustel eines gesunden Kindes stammt, auf eine tuberculöse Kuh geimpft, weiterhin die Lymphe der bei der Kuh entstehenden Pusteln auf 4 Kaninchen und 1 Schwein übertragen; von diesen Thieren acquirirten bis zur Zeit wo diese Versuche mitgetheilt wurden, bereits 3 — das Schwein und 2 Kaninchen — Tuberculose. Bei obligatorischer Einführung der Vaccination sei es daher durchaus nothwendig, die Producenten der Lymphe — sowohl Thiere als Menschen — nur mit grösster Sorgfalt auszuwählen.

Lüderitz (Jena).

---

330. **Toussaint, H., Sur quelques points relatifs à l'immunité charbonneuse.** Ueber Immunität gegen Milzbrand. (Comptes rendus. T. XCIII, Nr. 3.)

Verf. spricht über die Dauer der Immunität gegen Milzbrand und über die Erblichkeit derselben. Erstere anlangend, so verhält sich der Milzbrand ähnlich wie andere nicht recidivirende Infectionskrankheiten: die Dauer der Immunität ist direct proportional der Schwere der ersten Attaque und umgekehrt proportional der Widerstandsfähig-

keit der Thiere. Schafe, die eine schwere Infection überstanden hatten, zeigten sich dauernd immun; bei Inoculation schwachen Giftes kann eine neue Attaque zum Tode führen.

Gegen Milzbrand immun gemachte Schafe vererben diese Eigenschaft auf ihre Jungen, selbst wenn die Impfung 2 bis 3 Monate vor der Conception stattgefunden hat.

Lüderitz (Jena).

---

331. **Bouley, M., Vaccination charbonneuse; compte rendu sommaire des expériences faites à Lambert, près Chartres, pour vérifier la methode de M. Pasteur.** Kurzer Bericht über die zu Lambert angestellten Milzbrandimpfungen. (Comptes rendus. T. XCIII. Nr. 4.)

Die zu Melun angestellten Versuche über Milzbrand (Referat s. diese Zeitschrift) erschienen Vielen, welche denselben beigewohnt hatten, nicht beweisend, da zur Impfung nicht direct Milzbrandblut, sondern cultivirtes Milzbrandgift verwendet worden war. Es sind daher folgende neue Versuche gemacht worden.

Am 16. Juni 1881 wurden 35 Hammel — 19 nach Pasteur'scher Methode immun gemachte und 16 noch nicht geimpfte — mit einem Gemisch von Blut und Milzpulpa eines 4 Stunden vorher an Milzbrand verstorbenen Hammels inficirt. 71 Stunden nach dieser Impfung waren von den 16 Thieren der 2. Serie bereits 15 an Milzbrand gestorben, während die übrigen 19 durchaus keine Alteration ihrer Gesundheit erfahren hatten.

Lüderitz (Jena).

---

332. **Bimsenstein, Epidémie de fièvre Dengue observé à Alexandrie d'Égypte.** Eine Dengue-Fieberepidemie beobachtet in Alexandria (Egypten). (L'Union médicale. 1881. Nr. 91.)

Die Epidemie entwickelte sich im October 1880 und wurden fast 90 % der Bevölkerung, ohne Unterschied von Alter, Geschlecht, Stand etc. von ihr ergriffen. Ihre directen Entstehungsursachen sind dunkel. Dass die Krankheit contagiös ist, steht nach B. ausser jedem Zweifel, ob aber diese Epidemie mit der, welche im Jahre 1877 in Ismaila beobachtet wurde, in irgend welchem Zusammenhang steht, wagt er nicht zu entscheiden. Der Krankheitsverlauf war folgender. Nach einem, zuweilen ganz fehlenden, 3—4 tägigen Stadium prodomorum, in dem die Kranken über Mattigkeit, Appetitmangel und Verstopfung klagten, — in einzelnen Fällen zeigten sich, von Anfang an Symptome

von Bronchialkatarrh — entwickelte sich unter heftigen Hirn-, Kopf- und Gliederschmerzen ein Fieber, das selten über 38,5 ° C. stieg. Die Kranken waren zu jeder körperlichen oder geistigen Beschäftigung unfähig; die Gliederschmerzen wurden bald am heftigsten in den Gelenken, die aber weder geschwollen, noch heiss waren, bald in den Muskeln empfunden. Von einigen Kranken wurde über starke Schmerzen längs der Wirbelsäule, besonders in der Nierengegend geklagt. Zugleich bestand vollständige Appetitlosigkeit, Uebelkeit, öfters Erbrechen galliger Massen, Husten mit schleimigem Auswurf, Thränenträufeln. Das Erbrechen wurde in einzelnen Fällen so stark und anhaltend, dass es die Kranken aufs äusserste erschöpfte. So blieb das Krankheitsbild 2—3 Tage, dann trat unter Nachlass der Kopf- und Gliederschmerzen ein Hautausschlag von sehr variabler Form — bald erythematös, bald wie Masern, wie Scharlach, zuweilen wie Variola aussehend — auf. Dieses Exanthem war manchmal nur schwach ausgeprägt; es fehlte nur in ganz vereinzelten Fällen. Nach einigen Tagen verschwand es, öfters unter Abschuppung der Haut und heftigem Jucken; zugleich besserte sich das Allgemeinbefinden und nach Verlauf von 1—2 Wochen war die Heilung in den meisten Fällen vollendet. Am längsten dauerten die Klagen über Appetitmangel und grosse Schwäche in den Füssen. In einzelnen Fällen, in denen beim ersten Anfall die Hauteruption ausgeblieben war, trat nach einigen Tagen ein Recidiv mit Letzterer ein. Eine 3. Attaque wurde sehr selten beobachtet. Manchmal verzögerte sich der Ausbruch des Exanthems um mehrere Tage; in solchen Fällen wurden Blutungen, Epistaxis, Haematurie, intestinale Haemorrhagien, öfters beobachtet. Ueberhaupt schien der Krankheitsprozess stark auf das Uteroovarialsystem zu wirken, indem fast regelmässig mit Beginn des Fiebers sich die Menses einstellten. In einzelnen Fällen war Haematurie Vorbote schwerer Erscheinungen seitens der Nieren, vollständiger Anurie mit urämischen Symptomen und nachfolgender Albuminurie. Bei Kranken die früher an Neuralgien, Ischias, Intercostal- und Gesichtsneuralgien etc. gelitten hatten, trat während des Fieberanfalls öfters ein Recidiv ein. In einzelnen Fällen zeigte sich die Leber geschwollen und schmerzhaft und war dies zuweilen der Beginn einer wirklichen Hepatitis, welche die Eigenthümlichkeit hatte, dass sie sich erst längere Zeit nach scheinbar vollständiger Heilung deutlich manifestirte. B. ist der Ansicht, dass die auffallende Häufigkeit von Abscessen und Entzündungen der Leber in den ersten Monaten nach Erlöschen der Epidemie mit dieser in Causalzusammenhang gebracht werden muss. Abgesehen von diesen letzten Complicationen war die Prognose durchaus günstig. Viele genasen bei rein exspectativer Behandlung; in andern Fällen zeigten sich salinische Laxantien, Brechmittel, Chinin in Verbindung mit Extr. Hyoscyami von guter Wirkung.

Brockhaus (Godesberg).

333. **Dr. Paur** (Kempten), **Zur Aetiologie des Abdominaltyphus.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt Nr. 32. 1881.)

In der Stadt Kempten war im Jahre 1861 eine bedeutende Typhusepidemie beobachtet worden, es erkrankten nämlich 1146 Personen, wovon 96 starben = 8,2 %, woraus sich der Charakter der Epidemie als ein gutartiger erweist.

In der Schlosscaserne erkrankten 17 Mann. Eine zweite Epidemie trat im Winter 1868/69 auf, diesmal erkrankten nur 89 Personen.

In der ganzen Stadt gab es nur Sammel- und Versitzgruben, der grössere Theil der Canäle ist unbespült, enge und von so geringem Gefälle, dass deren Inhalt nur ungenügend abläuft, bei nur wenigem Steigen des Flusses (Iller) sogar zurückgestaut wird. Da der Untergrund der Stadt ausserordentlich durchlässig und die Canalisation eine so mangelhafte ist, wird die grosse Ausbreitung der ersten Epidemie leicht erklärlich sein.

Dem Trinkwasser kann keine Schuld an der Verbreitung des Typhus beigemessen werden, da sehr gute Quellenleitungen bestehen.

Im Winter 1879/80 trat in der Schlosscaserne eine vom Verf. beobachtete Typhusepidemie auf; die Caserne ist bewohnt von 590 Personen (incl. Frauen und Kinder), von denen 125 Personen erkrankten, und 2 starben (1 mit doppelseitiger Pneumonie complicirt). In den letzten 3 Jahren war in der Kaserne kein Typhusfall mehr vorgekommen (17 im Jahre 1861).

Es wird in Bezug auf die Aetiologie angenommen, dass das Typhusgift mit den Dejectionen des ersten Falles in den Abort gelangte und hier sich ein Infectionsherd bildete.

Bei Wartepersonal kamen auffallend viele Erkrankungen vor; es erkrankten im Ganzen 7 Lazarethgehilfen.

Seifert (Würzburg).

---

334. **Dr. Oscar Kollmann** (Würzburg), **Eine neue Methode, Caries zu behandeln.** (Berl. kl. Wochenschr. 1881. Nr. 19.)

Die Methode von Kappesser, chronische Lymphdrüsenleisten mit Einreibungen von Schmierseife zu behandeln, wandte K. bei Caries an, welche andern Mitteln Widerstand geleistet, und theilt vorläufig 4 Fälle in Kurzem mit:

1. Caries des Brustbeins und des Wirbelkörpers; Patientin kann sich nicht ohne fremde Hülfe bewegen. Zustand trostlos. Heilung.

2. 47 jähr. Gefangene, Caries des Mittelfussknochens. Einreibungen vom 10. Oct. bis 18. December 79. Dabei durch zu frühes Aufstehen eine Verzögerung der Heilung. Genesen.

3. 35 jähr. Gefangene, nach vorangegangenem Erysip. faciei, Periost. circumscr. costar. lat. dextri und Indurat. pulm. lat. dxtr. ambulatorisch mit den Einreibungen behandelt, „vollständig hergestellt".

4. **Frau mit Tub. pulm. und caries costar. „vollständig hergestellt“.**

Auch bei einer Frau mit Periostitis exsud. circumscr. corp. sterni, Exsudat von Eigrösse, Haut geröthet, verminderte sich die Geschwulst nach 8—10 Tagen bis auf ein Drittheil, bei Abfassung der Mittheilung.

K. lässt wöchentlich nur 2 mal eine Einreibung von 15 gr = 1 Esslöffel sapo viridis, mit etwas Wasser vermischt, mittelst eines Schwammes vom Nacken, den Rücken entlang bis zur Kniekehle machen, um die Haut nicht zur Exsudation zu reizen, welche die Kur unterbrechen würde. Nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde wird die Salbe mit warmem Wasser abgewaschen. Diese Einreibungen werden bis zum völligen Verschwinden aller entzündlichen und exsudativen Erscheinungen fortgesetzt.

Die anderweitige Behandlung bestand in Darreichung von Leberthran und kräftiger Kost, welche aber für sich vorher erfolglos angewendet waren und welche K. nur bei heruntergekommenen Personen für unterstützend hält.

R.

---

335. **Dr. Rosenthal, Histologische Veränderungen im Gehirn bei Infectionskrankheiten.** (Medycyne 1881. Nr. 19.)

Verfasser hat die mikroskopischen Veränderungen im Grosshirn (meistens wurde gyrus frontalis untersucht) und im verlängerten Mark bei Abdominaltyphus, Febris recurrens, Septicaemie, Febris puerperalis, Scharlach, croupöser Pneumonie etc. studirt.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Dr. Popoff, Herzog Karl von Baiern und Dr. Blaschco ist Rosenthal zu der Ueberzeugung gekommen, dass bei infectiösen Erkrankungen parenchymatöse Entartungen der Hirnmassen wohl stattfinden und zwar am ausgeprägtesten im verlängerten Mark, weniger intensiv im Grosshirn.

Im ersten Stadium finden sich trübe geschwellte Nervenzellen, in späteren Stadien trifft man auf Nervenelemente, die fein gekernt, fettig entartet, ja selbst vollständig degenerirt sind. Ob bei der Degeneration auch Theilungsprocesse in den Nervenelementen vor sich gehen, lässt Verfasser dahingestellt, das Fehlen der Kernfiguren lässt diese Annahme jedenfalls etwas zweifelhaft erscheinen.

Die hier beschriebenen anatomischen Veränderungen im Groshirn beziehen sich nur auf die Schichten der pyramidalen Rindenkörper der grauen Substanz; sie sind vollkommen den anatomischen Befunden in anderen Organen analog. — Rosenthal nimmt an, dass die psychischen Störungen während der Krankheit und die späterhin nachbleibende Neigung zu Psychosen auf eben diesen Veränderungen beruhen.

Krusenstern (Petersburg).

---

336. **D'Espine, Hypertrophie du cerveau avec sclérose bulbaire chez un enfant mort à 2 ans et demi d'une méningite aiguë de la convexité.** Hypertrophie des Gehirns mit Bulbärsclerose bei einem an acuter Meningitis der Convexität gestorbenen $2^1/_2$ jährigen Kinde. (Rev. med. de la Suisse Rom. 1881. Heft 8.)

E. hat ausser diesem noch 2 Fälle von Gehirnhypertrophie bei Kindern beobachtet; bei denselben hatte die Sclerose die Convexität der Hemisphären ergriffen und liess sich der Krankheitsprozess mit Wahrscheinlichkeit auf zu frühe Verknöcherung eines rhachitischen Schädels zurückführen. Der vorliegende Fall ist nach E. besonders interessant durch die bei Kindern sehr seltene Bulbärsclerose und die ausgesprochene labio-glosso-pharyngeale Paralyse; erwähnenswerth ist ferner, dass ein zweites Kind derselben Eltern im Alter von $3^1/_2$ Jahren an einer ähnlichen Affection gestorben ist. Die Eltern selbst waren beide gesund. Das Kind entwickelte sich vollständig normal bis zum 16. Monat. Um diese Zeit schien es den Eltern, als ob der Kopf unverhältnissmässig gross würde, so dass das Kind ihn nur mit Mühe gerade halten konnte. Vom 21. Monat an allmählich zunehmende Paralyse und Steifigkeit der Beine, erschwertes Sprechen. E. sah das Kind erst im 28. Monat. Status praesens: Sehr beträchtlicher Kopfumfang, Schädel besonders nach den Seiten stark ausgedehnt. Keine Rhachitis. Zahnentwicklung vollendet. Blick starr und stupide. Pupillen gross, träge reagirend, auf beiden Seiten gleich. Unterlippe hängt herab und lässt beständig den Speichel herabfliessen. Die Zunge ist atrophisch, gerunzelt, schwer beweglich. Gaumensegel atrophisch. Sprache sehr undeutlich. Schlucken besonders von consistenter Nahrung erschwert. Die Intelligenz hat nicht gelitten, es besteht weder Paralyse der Gesichtsmuskeln noch Hemiplegie. Muskeln der unteren Extremitäten in sitzender Stellung des Kindes schlaff; beim Versuch, aufzustehen, tritt starre Contraction der Extensoren ein; die Füsse nehmen Equino-varus-Stellung an. Die Rumpfmuskulatur erscheint normal; die oberen Extremitäten so schwach, dass das Kind sie beim Essen nicht gebrauchen kann. Sensibilität der Haut nirgends alterirt. Allgemeinbefinden gut; Urinentleerung normal, zuweilen unfreiwillige Stühle. Erbrechen und Convulsionen sind nicht beobachtet worden. Die Behandlung bestand in Anwendung des constanten Stromes, Darreichung von Strychninum sulf. (0,002 pro die) später Jodkali in Lavements. Allmähliges Fortschreiten der Paralyse. Am Ende des 32. Lebensmonats stellt sich Hemiparese des linken Trigeminus ein; das Athmen ist erschwert, besonders die Exspiration, Deglutition fast ganz unmöglich. Darauf während mehrerer Tage Coma und Convulsionen, Tod. Autopsie: Umfang des Schädels 50 cm, diam. long. 17, transv. 14 cm. Suturen verknöchert. Unter der dura mater beträchtliche Ansammlung röthlichen Serums. Oedem des subarachnoidealen Gewebes. Nirgends Eiter oder Tuberkel. Gewicht des Gehirns im Ganzen 1250 gr. Gewicht des Kleinhirns und des verlängerten Marks 120. Pia mater beiderseits adhärent, besonders in der Umgebung der Fossa Sylvii. Starke Faltenbildung an der Oberfläche des Gehirns; die 3. Windung oberflächlich erweicht, sonst gesund. Auf den Durch-

schnitten zahlreiche Blutpunkte. In den Ventrikeln sehr wenig Flüssigkeit, ihr Lumen nahezu verschwunden. Die Wurzeln des Hypoglossus sehr zart. Medulla obl. klein, ohne makroskopisch sichtbare Veränderungen; das Rückenmark zeigt ausser leichter grauer Verfärbung der Seitenstränge der Lendenanschwellung nichts Abnormes. Die mikroskopische Untersuchung der Muskeln der Zunge und der Wade ergiebt gut erhaltene Querstreifung und Einlagerung feinster Fettkörnchen in einzelnen Fibrillen. In den Wurzeln des Hypoglossus, besonders rechts, viele atrophische Fasern; das Mark entweder ganz verschwunden oder bruchstückweise erhalten. Aehnliche Veränderungen finden sich im Stamm des rechten Hypoglossus nahe der Schlinge, ebenso in den bulbären Wurzeln des Accessorius und einigen vorderen Wurzeln der Lendenanschwellung. Die Wurzeln des Vagus, des Glossopharyngeus, die vom Halsmark abgehenden des Accessorius, sowie die Muskelnerven der Wade intact. In der Med. oblong. 2 oberflächliche sclerotische Streifen, der eine unter dem Boden des 4. Ventrikels, besonders ausgeprägt im Niveau des Hypoglossuskerns, der andere beiderseits den untern äussern Theil der Pyramidenbündel einnehmend. Im Rückenmark symmetrische Sclerose der Seitenstränge bis zur Lendengegend. E. glaubt, dass die Hypertrophie des Gehirns bei der frühzeitigen Verknöcherung der Nähte durch Druck zunächst Sclerose der Pyramiden verursacht hat, die dann nach unten ins Rückenmark, nach oben zum Boden des vierten Ventrikels vorangeschritten ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

337. **Prof. S. Talma**, Utrecht, **Beiträge zur Percussionslehre.** (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. III. Heft 1. p. 73—82.)

Talma beschäftigt sich mit der Lösung der Frage: „Können stehende Wellen in einer Luftmasse erweckt werden, welche in einer elastisch-gespannten Membran vorhanden ist?“ Da die Wand eines solchen Raumes dehnbar ist, muss der Druckwechsel innerhalb des Resonators Ausdehnung und Zusammenziehung der Wand hervorbringen und so müssten jedenfalls die stehenden Wellen in einem solchen Resonator durch die Spannung der Wand beeinflusst werden.

Talma verändert die Spannung eines elastischen Ballons, indem er mit einem Blasebalg Luft hineinpresst und controlirt die Spannung durch ein eingeschaltetes Manometer. Resultat: Der Percussionston wird nicht tiefer mit der Vergrösserung des Ballons: auch der Ton der einströmenden Luft wird nicht tiefer je nachdem der Ballon grösser wird. Daraus geht hervor, dass infolge der elastischen Spannung der Wand die Bildung stehender Wellen in der eingeschlossenen Luftmasse unmöglich ist.

Die zweite Versuchsreihe hat folgenden Sinn: Die Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Schalles durch Gase ist ceteris paribus umgekehrt proportional der Quadratwurzel der Dichtigkeit. Verhalten sich z. B. die Dichtigkeiten zweier Gase wie 4 : 1, so ist die Schwingungszahl

des Schalls im ersten: der des zweiten Gases = 1 : 2, in dünnem Gase also eine Octave höher. Füllt man elastische Ballons, die bekannten Percussionston haben für Luftfüllung und bestimmten Druck, mit leichterem Gase bis zum selben Drucke wie vorher, so entsteht keine Veränderung des Percussionsschalles, der doch höher hätte werden müssen, wenn der Schall von Schwingungen der Gase abhängig wäre. Der Percussionsschall der benutzten Resonatoren mit elastisch-gespannten Wänden hat demnach seinen physikalischen Grund in Wandschwingungen.

Auf die Anwendung dieser Gesetze übergehend schliesst T., dass der Percussionsschall der Lunge nicht erzeugt wird durch Schwingungen der Luft in den Lungen. Er beweist diesen Satz durch Füllung der Lunge mit anderem Gase (Wasserstoff) und den Befund, dass hierdurch keine Veränderung des Percussionsschalles an der ausgeschnittenen Lunge bemerkbar wird.

T. geht nun zu der Frage über: „Wo entsteht der Schall, der bei der Percussion des normalen Thorax oberhalb einer normalen Lunge gehört wird? Rührt dieser Schall von Schwingungen des Thorax oder des Lungengewebes, oder von Schwingungen beider her.“ Die in dieser Richtung angestellten Versuche an der Leiche ergaben: als erste wichtige Thatsache, dass die Erscheinung der sogenannten absoluten Leberdämpfung weder von dem Drucke mit dem die Leber der Brustwand anliegt, noch von der Entfernung abhängt, in der sie von der Brustwand absteht, ja dass sogar die Leberdämpfung noch erscheint, nach Entfernung der ganzen Leber aus der Bauchhöhle; dass ferner für die Begrenzung des Lungenschalles auch die wirkliche Grenze des Lungengewebes massgebend ist; man bekommt also auch überall oberhalb der Stellen „hellen“ Schall, unter denen Lungengewebe liegt, und da „dumpfen“ Schall, wo die Lunge der Brustwand nicht anliegt. Durch Aufblasen der Lunge und Verschiebung ihrer Grenzen erhält man die gleiche Verschiebung des hellen Percussionsschalles. Es ist also ersichtlich, dass die Percussion der normalen Brustwand nahezu nur von Schwingungen des Lungengewebes herrührt.“

Die Leber kann für sich im normalen Zustande den Thoraxschall nicht dämpfen; die Druckkraft der Leber gegen die Thoraxwand ist wenig mehr, oder nicht mehr als Null.

Ganz ähnlich verhält es sich mit der „Herzdämpfung“. Dieselbe bleibt auch wenn man vom Diaphragma aus den Herzbeutel eröffnet, und den Raum zwischen Herz und Brustwand mit feuchter Watte ausstopft, sie wird kleiner je nachdem durch Aufblasen die Lungenränder vorrücken.

Es würde also besser sein, nicht mehr von „Herz- und Leberdämpfung“ zu reden, wenigstens nur in dem Sinne wie: „dumpfer Schall in der Gegend der Leber und des Herzens“.

Weitere Versuche ergaben, dass, wenn man vom Zwerchfell aus durch Einführung der Faust die Lungenschicht dünner macht, welche der Brustwand anliegt, dadurch auch der Percussionsschall höher und weniger laut wird, dass aber je nachdem die percutirte Lungenschicht dicker ist, der Percussionsschall tiefer und lauter ist.

Macht man vom Diaphragma aus einen Pneumothorax, so ist der Percussionsschall dumpf, wenn die Lunge der Brustwand nicht mehr

anliegt, drückt man dann die Lunge wieder an die Thoraxwand an, so wird der Schall wieder laut. Nimmt die Spannung des Lungengewebes bis zu einer gewissen Grösse ab, so wird der Percussionsschall tympanitisch.

Der Percussionsschall der Därme rührt unter normalen Verhältnissen von den Schwingungen der Luftmasse innerhalb der Därme her; werden dagegen die Därme so sehr mit Luft gefüllt, dass die Wände gespannt werden, dann bringen die durch die Spannung schwingungsfähig gewordenen Wände die Schwingungen hervor. Bei Spannung der Wände sei der Schall nicht tympanitisch und viel weniger laut, als wenn die Wände schlaff sind.

Finkler.

---

338. **Franz Riegel**, Giessen, **Zur Kenntniss von dem Verhalten des Venensystems unter normalen und pathologischen Verhältnissen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 18.)

R. setzt in Kürze auseinander, dass sowohl Physiologen als Pathologen dem Venensystem Mangel pulsatorischer Bewegung zuschreiben und dass der Venenpuls nach bisher gültigen Lehren nur bei ungenügendem Schluss der Venenklappen entstehen könne, daher vorkomme, wenn, besonders die Halsvenen, wiederholte starke Ausdehnungen (durch häufigen Husten u. dergl.) erfahren haben, oder durch Insuff. der Tricuspidalis in denselben Zustand abnormer Ausdehnung versetzt worden seien.

Dem gegenüber erwähnt R., dass der Venenpuls beim Menschen keineswegs ein seltenes Phänomen sei und die bisher allgemein angenommene Deutung desselben mit den Thatsachen nicht im Einklang stehe; dass die Venenpulscurven von Personen, die nicht mit Klappenfehlern behaftet sind, vollkommen denen gleichen, die bei Insuff. der Tricuspidalis gewonnen werden. Schon bei Versuchen an Hunden und Kaninchen fand R. „bei geeigneter Versuchsanordnung stets pulsatorische Bewegungen in der Jugularvene“, und zwar erweitern sich Carotis und Jugularis nicht gleichzeitig, sondern alterniren in gewissem Grade. Aber auch beim Menschen kommt echter Venenpuls bei vielen vor, die mit keiner Circulationsstörung behaftet sind, und R. hält es für wahrscheinlich, dass der Venenpuls an der Jugularis auch beim Menschen ein normales Phänomen ist.

Die graphische Untersuchung dieses normalen Venenpulses ergibt, dass derselbe fast immer anadicrot ist; und zwar entspricht die anadicrote Welle der Herzdiastole, die erste Erhebung dem Beginn der Diastole, die zweite, welche steiler ansteigt, dem Ende der Ventrikeldiastole, d. h. der Vorhofssystole. Bei geschwächter Herzkraft zeigt sich ein nur anacrotes allmähliches Ansteigen der Welle.

R. resumirt:

1) Es existirt bereits normalerweise ein Puls in der V. jugularis.
2) Dieser Venenpuls fällt entsprechend der Herzsystole ab, steigt

entsprechend der Herzdiastole an, direkt entgegengesetzt dem Verhalten des Arterienpulses; der normale Venenpuls ist negativ. Mit der Herzsystole wird demnach der Abfluss des Venenblutes in das rechte Herz jedesmal beschleunigt, mit der Diastole erfolgt Anstauung des Blutes, resp. verlangsamter Abfluss.

Schliesslich bemerkt R., dass man die gleichen Charaktere des Venenpulses, wie die oben beschriebenen, auch bei Venenstauungen (z. B. Mitralinsuff. etc.) beobachtet, dass aber bei der echten Tricuspidalinsuff. noch andere Formen des Venenpulses vorkommen, die sich von dem physiologischen nicht unwesentlich unterscheiden. Ueber diese soll in einer ausführlicheren Arbeit berichtet werden.

R.

---

339. **Eduard Bull** (Christiania), **Fragmentarische Studien über Bright'sche Krankheit, insbesondere über geschwollene, glatte, nicht-amyloïde Nieren.** (Nord. Med. Archiv, 1881. Bd. XIII, Nr. 11.)

Die Abhandlung war bestimmt den Anfang einer grösseren Arbeit über Bright'sche Nierenerkrankungen zu bilden, insbesondere über geschwollene, glatte, nicht-amyloïde Nieren, unter welcher Bezeichnung der Verf. vorläufig die Fälle von Bright'scher Krankheit zusammenfasst, die weder unter Granularatrophie noch unter Amyloiddegeneration eingereiht werden können. In seinen früheren Arbeiten hat er diese Formen weniger berücksichtigt. Verschiedene Verhältnisse verschieben bis weiter die Vollendung der Arbeit; er veröffentlicht daher schon jetzt die fertigen Abschnitte.

Erstens theilt B. eine Reihe von Untersuchungen über das Vorkommen und die Häufigkeit der Bright'schen Krankheiten in Norwegen mit. Für dergleichen Untersuchungen sind Materialien schwierig herbeizubringen und zu benutzen. In seiner früheren Arbeit hat B. gefunden, dass unter Sectionen im Reichshospitale zu Christiania die Bright'schen Erkrankungen mit einer Häufigkeit von 4,3 % (79 mal unter 1837 Sectionen) vorkamen. Wenn Prof. Bamberger am Allg. Krankenhause in Wien eine Häufigkeit von 13 % gefunden hat, so liegt der Grund dieses grossen Unterschiedes darin, dass Bamberger zur Kategorie des Morbus Brightii viele Fälle rechnet, die Bull nicht hierher rechnet, z. B. die degenerativen Processe der Nieren bei Infektionskrankheiten, die secundären Nierenaffectionen bei Herzfehlern, Emphysem und Krankheiten der Harnwege. — Die officielle Medicinalstatistik von Norwegen zeigt in den Jahren 1867—1877, dass für das ganze Land unter den Todesfällen, wo die Ursache des Todes bekannt geworden, 1½ bis 2 Procent zur Kategorie des Morbus Brightii gehören.

Die Scarlatinafälle sind nicht mitgenommen, weil der Verf. diese als epidemisch, also zufällig, einer besonderen Besprechung unterzieht. — Die Häufigkeit der Bright'schen Erkrankungen ist aber in

Wirklichkeit weit mehr als 1½—2 Procent, weil eine grosse Menge von secundären Bright'schen Formen, besonders Amyloidnieren in den Todeslisten unter die Kategorie der primären Krankheit rubricirt sind. Bull sucht annäherungsweise die verschiedenen Fehlerquellen zu eliminiren und glaubt nach seinen Auseinandersetzungen mit grosser Wahrscheinlichkeit schliessen zu dürfen, dass die Bright'schen Krankheiten (Granuläratrophie, Amyloidnieren, und geschwollene, glatte, nicht-amyloide Nieren) in Norwegen mit einer Häufigkeit von 4—5 % unter den Todesfällen vorkommen.

In dem Gedanken, dass die Todesursachen in der Hauptstadt genauer registrirt werden, hat der Verf. ähnliche Untersuchungen für die Stadt Christiania allein vorgenommen und hat hier 2½ % Todesfälle als zum Morb. Brightii gehörig gefunden; Scarlatina ist auch hier ausgenommen.

Die Morbilitätshäufigkeit der Bright'schen Krankheiten hat B. auch zu bestimmen versucht. In den Jahren 1867—1876 lagen auf den medicinischen Abtheilungen des Reichshospitales 6,976 Kranke, unter welchen 253 Fälle von Bright'schen Krankheiten (3,6 %). Für die ganze Bevölkerung gelten aber die Hospitalverhältnisse nicht. B. hat daher seine Privatpraxis auszunutzen versucht.

Von 1870—1879 hat er 8,187 Patienten privat behandelt, leichte und schwere Fälle; unter diesen waren 216 Scharlachkranke. Unter den übrigen 7971 Kranken wurde 78 mal ein Morb. Brightii diagnosticirt (ungefähr 1%).

Die Häufigkeit, in welcher die verschiedenen Formen von Bright'schen Krankheiten zusammen vorkommen, hat B. auch in verschiedener Weise zu bestimmen versucht. In einer früheren Arbeit fand er bei Sectionen: geschwollene, glatte, nicht-amyloide Nieren in 8,8% und Schrumpfnieren (Granuläratrophie) in 23,7 % und Amyloidnieren in 67,5 %. Auf den medicinischen Abtheilungen des Reichshospitals kommen alle 3 Formen mit beinahe derselben Häufigkeit vor. In seiner Privatpraxis fand er geschwollene, glatte, nicht-amyloide Nieren in 44 %, Schrumpfnieren in 31 % und Amyloidnieren in 25 %.

Früher hat B. nach englischem Vorbilde die Bezeichnung „weisse, geschwollene Nieren" gebraucht, statt die hier angewandte: „geschwollene, glatte, nicht amyloide Niere". Die Farbe (Anämie) ist eben kein wesentliches Kriterium; dass die Oberfläche glatt ist, sieht er aber als ein wesentliches Merkmal an, indem er die Existenz einer secundären Nierenschrumpfung noch nicht als über alle Zweifel erhaben ansieht; Fälle, die als sekundär geschrumpfte Nieren gelten, lassen sich häufig eben so gut als Kombinationsformen auffassen, wo eine primäre Schrumpfung mit den anderen Processen sekundär verbunden wird. Die geschwollene, glatte, nicht-amyloide Niere will er weder einseitig als „parenchymatöse" noch „interstitielle" Nephritis betrachten; in den meisten Fällen finden sich sowohl epitheliale als „interstitielle" Veränderungen gleichzeitig neben einander, bald die einen, bald die anderen mehr vorherrschend, ohne dass der Kliniker ätiologisch oder symptomatisch einen Unterschied findet. Die geschwollene, glatte, nicht-amyloide Niere ist also eine Nephritis diffusa. Die Bezeichnung „nicht-amyloid" ist wesentlich festzuhalten, weil Bartels unter seiner chronischen paren-

chymatösen Nephritis die Amyloiddegeneration nicht scharf fernhält; es resultirt daraus leicht eine Konfusion, der nur entgangen werden kann, wenn man die Lehre von Kombinationsformen konsequent durchführt.

Wenn man klinisch die Frage von der sekundären Nierenschrumpfung studiren will, thut man nach B. am besten, seinen Ausgangspunkt in der Aetiologie zu nehmen, indem man die diffuse Nephritis nach den verschiedenen Ursachen von Anfang bis zu Ende verfolgt. In dieser Absicht hat der Verf. angefangen seine Materialien zu sichten; die Vorarbeiten liegen bereit; andere Beschäftigungen nehmen ihm vorläufig die Zeit sie zusammenzustellen; er veröffentlicht daher was fertig ist, nämlich die Scharlachnephritis.

B. unterscheidet die febrile Albuminurie des Scharlachfiebers von der Scharlachnephritis. In seiner Privatpraxis hat er 216 Scharlachfälle behandelt, unter welchen 35 (16%) Nephritis bekamen. Leichte und schwere Scharlachfälle wurden von Nephritis gefolgt; unter den 35 Nephritiden folgten 13 leichten Scharlachfällen. Die Intensität der Nephritis stand in keinem Verhältniss zur Heftigkeit des Scharlachs; aus diesem Grunde, und weil öfters eine ziemlich lange Zeit hingehen kann zwischen Scharlach und Anfang der Nephritis, endlich weil diese Zeit so ausserordentlich variiren kann, findet er es minder wahrscheinlich, dass die Nephritis durch Ausscheidung specifischer Stoffe durch die Nieren entsteht. Auf der anderen Seite scheint ihm ein Refrigerium nur als eine Gelegenheitsursache gelten zu können.

Unter den 216 Scharlachfällen waren 110 bei männlichen, 106 bei weiblichen Individuen; die Nephritis fand sich 15 mal bei weiblichen, 20 mal bei männlichen Kranken. Die meisten Nephritiden kamen bei Kindern von 2—7 Jahren vor, in welchem Alter die meisten Scharlachfälle vorkommen; das jüngste Individuum mit Scharlachnephritis war 14 Monate alt, das älteste 17 ½ Jahre.

Ein junges Mädchen, 6¾ Jahr, hatte zwei Monate vor dem Scharlach eine akute Nephritis durchgemacht, wovon sie geheilt war; sie bekam nicht Scharlachnephritis.

Unter den Scharlachnephritiden des Verfassers fing die eine am 7. Krankheitstage, 1 am 8., 1 am 10., 1 am 11., 3 am Ende der 2. Woche, 17 in der 3. Woche, 5 in der 4.; in 6 Fällen liess sich der Anfang nicht bestimmen; keiner fing jedoch nach der 4. Woche an.

Wenn die Scharlachnephritis sehr frühzeitig beginnt, kann die Differentialdiagnose von der febrilen Albuminurie schwierig werden: Blut im Harne ist dann ein wesentliches Kriterium für Nephritis und fehlt, jedenfalls in geringer Menge, gewiss sehr selten; der Verf. glaubt, dass die Hämaturie mehr hervortretend ist, je mehr das interstitielle Gewebe mitleidend ist (bei allen diffusen Nephritiden, nicht blos bei scarlatinösen), und dass diese Formen vielleicht eine bessere Prognose geben. Die Intensität der Hämaturie hat keine Bedeutung für die Prognose. Die Intensität der Hämaturie und diejenige der Albuminurie sind in den Einzelfällen nicht proportional. Die diffuse Nephritis, auch nach Scharlach, kann in seltenen Fällen ohne Albuminurie sich finden; wahrscheinlich hängt dies davon ab, welche Partien der Nieren wesentlich angegriffen sind; die Albuminurie tritt um so mehr hervor, je mehr das Epithelium leidet; es darf von Bedeutung sein, ob die

Glomeruli oder die Interstitien der Harncanäle mehr der Sitz der Krankheit sind. Ein Hydrops scarlatinosus ohne Nephritis scheint nicht genügend erwiesen zu sein.

Die Scharlachnephritis giebt eine bessere Prognose als die übrigen diffusen Nephritiden; die Epidemien scheinen prognostisch different zu sein. Die Grösse der Harnmenge ist eins der wichtigsten prognostischen Zeichen; Anurie scheint beinahe immer einen tödtlichen Ausgang zu bezeichnen.

Unter den 216 Scharlachfällen starben 28 (15 männliche, 13 weibliche). Unter diesen 28 fanden sich 7 mal Nephritis (3 männliche, 4 weibliche); aber nur bei 6 war die Nephritis die Todesursache, der 7. Fall war sehr complicirt. 5 starben urämisch, 1 an Lungenödem. In einem Falle starb der Kranke erst 5 Monate nach Anfang der Nephritis.

Die übrigen 28 Scharlachnephritiden wurden geheilt, gewöhnlich in 3—6 Wochen; nur selten zog sich die Krankheit in die Länge und dauerte 3—5 Monate. In der Praxis eines Kollegen hat B. eine mehr chronische Scharlachnephritis gesehen, welcher Fall genauer beschrieben wird; die Albuminurie dauert hier mit intermittirendem Verlaufe spurenweise noch nach 2 Jahren. Scharlachnephritis soll nach Anderen noch nach 1 $^1/_2$—3 Jahren geheilt sein. In der Literatur hat B. keinen überzeugenden Fall von sekundärer Schrumpfniere nach Scharlachnephritis finden können. Er analysirt Fälle von Basham und Dickinson, welche als Beispiele angeführt werden, und versucht nachzuweisen, dass diese Fälle unmöglich in der Art sich erklären lassen. Es ist nichts im Wege, dass Leute mit Schrumpfnieren einmal Scharlachnephritis gehabt haben, aber einen Zusammenhang zwischen beiden glaubt der Verf. noch als unerwiesen betrachten zu müssen.

Bull (Christiania).

---

340. Dr. Jaques Mayer, Ueber den Einfluss der Natronsalze auf den Eiweissumsatz im Thierkörper. (Aus dem Laboratorium der Klinik des Herrn Geh. Rath Leyden in Berlin.) (Zeitschr. f. kl. Med. Bd. III. Heft 1. p. 82.)

Die Nothwendigkeit der Untersuchung wird hergeleitet aus dem Widerspruch der bis jetzt vorliegenden Arbeiten und der Wichtigkeit derselben für balneotherapeutische Anschauungen.

Während Voit bei Kochsalzeinfuhr Vermehrung der Stickstoffausfuhr im Causalnexus mit vermehrter Harnabsonderung findet, geben Mayer und H. Oppenheim die Steigerung des Eiweisszerfalls bei vermehrter Wasserausscheidung nicht zu.

In Seegen's Versuchen zeigte sich die Wirkung des schwefelsauren Natrons als Verminderung der Harnstoffausscheidung.

Kratschmers Befunde gegen Seegen bei einem Diabetiker werden als nicht beweisend angesehen, weil es sich hierbei um krankhafte Veränderungen des Stoffwechsels handelt.

Mayer's jetzige Untersuchung erstreckt sich auf 4 Natronsalze, essigsaures Natron und kohlensaures Natron (nach Buchheim Repräsentanten der Gruppe des Kali's, die im Körper theils freie Säuren finden, theils Salze, deren Basis sie häufig durch ihre stärkere Affinität ausscheiden), schwefelsaures und phosphorsaures Natron aus der Gruppe des Glaubersalzes, die nur geringe Affinität zu wichtigen Körperbestandtheilen und geringes Diffusionsvermögen besitzen.

Die Versuche sind angestellt an einer Hündin im N.-Gleichgewicht, die N.-Bestimmungen nach der Schneider-Seegen'schen Methode gemacht.

„Beim Gebrauch des essigsauren Natrons in grösseren Dosen wird die Zersetzung der stickstoffhaltigen Substanzen des Körpers bei vermehrter Diurese um eine sehr mässige Menge vermindert."

„Beim Gebrauch kohlensauren Natrons wird die Zersetzung eiweisshaltiger Substanzen entsprechend der dargereichten Menge desselben gesteigert."

„Beim Gebrauch schwefelsauren Natrons wird die Zersetzung der stickstoffhaltigen Substanzen des Thierkörpers um eine mässige Menge verringert und steht die Ersparniss an Eiweisssubstanz in geradem Verhältniss zur eingeführten Salzmenge."

„Das phosphorsaure Natron, in kleinen Dosen gebraucht, übt keinen bemerkenswerthen Einfluss auf den Eiweissumsatz des Thierkörpers; beim Gebrauche grösserer Dosen wird die Zersetzung der eiweissartigen Substanzen in mässigem Grade vermindert. Die Diurese wird in beiden Fällen vermehrt."

Also wirken die beiden Körper der Glaubersalzgruppe: schwefelsaures und phosphorsaures Natron vermindernd auf den Eiweissumsatz. Vermehrter Eiweissumsatz steht mit vermehrter Diurese nicht im Causalnexus.

Finkler.

---

341. Dr. Toulouschew, Beobachtungen über dermatologische Wirkung des Chinins. (Protokolle des ärztlichen Vereins in Tammbow. 1880.)

In Bezug der Einwirkung des Chinins auf die Haut beobachtete Toulouschew bei einigen Patienten, welche wegen Wechselfieber mit Chinin behandelt wurden und mehrere Tage hintereinander mittlere oder grosse Gaben erhielten, folgende Erscheinungen:

1) Anschwellung der Lippenschleimhaut;
2) Röthung im Gesicht;
3) Herpes labialis;
4) Anschwellung der grossen Schamlippen;
5) ferner beklagten sich einige Patienten über Jucken der Haut und der Schleimhaut der Lippen.

Krusenstern (Petersburg).

342. **Dr. Janiszwewsky, Beiträge zur Anwendung der Pyrogallussäure bei Hautkrankheiten.** (Medycyna 1881. Nr. 15, 16.)

Verf. hat die Pyrogallussäure (3—20 % Schmiersalbe) bei verschiedenen Hautkrankheiten, wie psoriasis, herpes tonsurans, eczema, lupus (?) etc. mit gutem Erfolge gebraucht. Der Chrysophansäure ist sie desshalb vorzuziehen, weil sie viel billiger ist, keinen schädlichen Einfluss auf die gesunde Haut ausübt und ebenso gute Resultate erzielen lässt.

Krusenstern (Petersburg).

Neue Bücher.

Fayrer, Tropical dysentery and chronic diarrhoea, liver abscess, malarial cachexia, insolation, with other forms of tropical disease, and on health of European children and others in India. London, Churchill. 15 sh.

Galisson, Essai critique sur le rhumatisme dit hémorrhagique. Paris, Davy.

Gautier, Du massage ou manipulations appliqués à la thérapeutique et à l'hygiène. Paris, J. B. Baillière et fils. 1 fr.

Girma, Hallucinations dans la paralysie générale, observations. Paris, Davy.

Guertin, D'une névrose convulsive et rhytmique, déjà nommée forme de chorée dite électrique. Paris, Davy.

Guglielmetti, Contribution à l'étude des lymphadénomes du médiastin. Paris, Davy.

Hunnius, Zur Symptomatologie der Brückenerkrankungen und über die conjugirte Deviation der Augen bei Hirnkrankheiten. Mit 6 Holzschnitten. Aus der medicinischen Abtheilung des Kölner Bürgerhospitals. Bonn, Max Cohen & Sohn. 2 M.

Jaffé, Ueber Darmresektion bei gangränösen Hernien. (Samml. klin. Vorträge 201). Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Lasson, De l'herpès circiné et de son traitement par la poudre d'araroba ou de Po-Baïa. Paris, Davy.

Legendre, Etude de la scarlatine chez les femmes en couches. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Maltrait, Contribution à l'étude des traumatismes de la vessie. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr. 50 cts.

Mistral, Essai clinique sur les troubles de la menstruation. Paris, Davy.

Nicolas, Du traitement de la névralgie sciatique par l'élongation du nerf. Paris, Davy.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Tome trentième Ps-Rei. Paris, J. B. Baillière et fils. 10 fr.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 21. September. Nro. 24.

343. **Dr. Freudenberger** (München), **Klinik des Herrn Prof. Dr. von Ziemssen zu München im Sommersemester 1879.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt Nr. 10 und 34. 1881.)

Fr. berichtet wie in einer Reihe von Blättern aus dem Jahre 1880, so auch in 2 Nummern dieses Jahres über eine Reihe von Krankheitsfällen, die in der medicinischen Klinik von Prof. Ziemssen zur Vorstellung kamen.

In erster Linie stehen 4 Fälle von Typhus, von denen einer mit catarrhalischer Glossitis (fast die ganze Mundhöhle durch die geschwellte Zunge ausgefüllt und Erschwerung der Deglutition und Respiration), ein zweiter mit linksseitiger Pneumonie und eitrigem Pleuraexsudat complicirt war; ein 3. Fall zeichnete sich aus durch Entwicklung von Hautpetechien auf Bauch und Extremitäten am 23. Tage der Erkrankung.

Ein 4. Fall war durch gleichzeitiges Auftreten eines exquisiten Scharlachexanthems complicirt, das leicht hämorrhagischen Charakter zeigte.

Von Interesse ist noch 1 Fall von linksseitigem hämorrhagischem Pleuraexsudat, bei dem die Diagnose schwankte zwischen Aneurysma der Aorta und hochgradigem Atherom. Die Section ergab Erweiterung der aufsteigenden Aorta und spaltförmige Verengerung der linken Carotis und Subclavia in Folge hochgradiger atheromatöser Entartung.

Zur Besprechung kommen noch 2 Fälle von Empyem, bei denen die Punction vorgenommen wurde, 1 Fall von Pneumopleuritis, 2 Fälle von acuter Pericarditis mit grossem Exsudat und schliesslich einige Fälle von Syphilis.

Seifert (Würzburg).

---

344. H. Toussaint, Sur un procédé nouveau de vaccination du choléra des poules. Ein neues Verfahren der Vaccination mit dem Gifte der Hühnercholera. (Compt. rend. T. XCIII. Nr. 4.)

An frühere Versuche anschliessend, nach welchen die Symptome der experimentell erzeugten acuten Septichämie mit denen der Hühnercholera identisch sein sollen, stellte Verf. folgende weitere Versuche an. Es wurden Impfungen gemacht 1) mit Milzbrandblut, 2) mit dem Blute eines Kaninchen, das in Folge der Infektion mit dem Blute einer an Tuberkulose verstorbenen Kuh rapid zu Grunde gegangen war. Kaninchen, mit dem Milzbrandblute geimpft, starben nach 7 oder 8 Stunden unter den Erscheinungen der Septichämie, und ihr Blut zeigte Bakterien, welche ganz ähnlich wie die bei der Hühnercholera vorkommenden aussahen. Tauben, welchen letzteres inoculirt wurde, starben nach wenigen Tagen; Hühner, die man mit dem Blute der kranken Tauben inficirte, starben ebenfalls in ganz kurzer Zeit, — und die bei der Sektion constatirten Laesionen dieser Hühner glichen genau den bei der Hühnercholera vorkommenden.

Impfte Verf. dagegen das Blut jener ad 2 erwähnten acut an Septichämie gestorbenen Kaninchen direkt Hühnern ein, so erhielt er nur leichte Läsionen der Haut und des Unterhautbindegewebes, mitunter auch der Muskeln, alle Hühner wurden wieder ganz gesund und, was die Hauptsache ist, wurden immun gegen Choleragift. Aus jener Varietät der Septichämie des Kaninchens liess sich also eine Choleravaccine herstellen, welche die schwere Infection der Hühner vorzüglich verhindert.

Verf. hält es für möglich, dass die Hühnercholera in einer Infektion der Thiere mit faulenden organischen Stoffen ihren Ursprung hat.

Lüderitz (Jena).

---

345. **V. Galtier, Les injections de virus rabique dans le torrent circulatoire ne provoquent pas l'éclosion de la rage et semblent conférer l'immunité. La rage peut être transmise par l'ingestion de la matière rabique.** Ueber Impfung mit Hundswuthgift. (Compt. rend. T. XCIII. Nr. 5.)

Hammel, welche auf die gewöhnliche Weise der Impfung, durch Stich in die Haut, mit Hundswuthgift (Speichel) inficirt worden waren, bekamen Lyssa und starben. Bei Injektion des Giftes in die Vena jugularis dagegen sah G. niemals die Krankheit auftreten; und ausserdem ergab sich die interessante Thatsache, dass solche Thiere, wenn sie später nach der erwähnten gewöhnlichen Methode geimpft wurden, nicht mehr an Lyssa erkrankten. Zum Beweis werden eine Reihe von Versuchen ausführlicher mitgetheilt.

Weitere Untersuchungen des Verfassers, speciell über die Frage, ob die intravenöse Injection des Wuthgiftes, wenn sie einige Tage nach einem Biss oder nach gewöhnlicher Impfung ausgeführt wird, den Ausbruch der Krankheit verhütet, sind noch nicht abgeschlossen.

Lüderitz (Jena).

---

346. **A. Wernich, Ueber die jüngste Dengue-Epidemie.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1881. Nr. 21.)

Dr. Rabitsch berichtete in Nr. 51 der Wiener med. Wochenschr. 1880 über eine in unerhörter Weise in Cairo grassirende Epidemie. Dieselbe war das Denguefieber. „Durch plötzliches Erkranken unter Frost und Hitze, Kopfschmerz, ganz besonders aber durch die überaus heftigen Muskel- und Gelenkschmerzen und durch ein unbeschreibliches Prostrationsgefühl jedem Uneingeweihten als höchst ernste Krankheit imponirend, ist die Dengue trotzdem wohl die einzige acute Infektionskrankheit ohne Mortalität." (Dengue portugiesisch entspricht dem englischen Dandy.) Epidemien sind besonders in Nordamerika vorgekommen, 1780 in Philadelphia, 1818 in Lima etc., in Brasilien mehrmals als Vorläufer des Gelbfiebers. Letzte Epidemie 1880 in Charleston. Auf diesseitiger Hemisphäre waren Epidemien 1824—25 in Indien, dann China, 1855 in Nordafrika. In Ismaïlia soll 1877 die Zahl der Erkrankten bei 2000 Einwohnern 1800 betragen haben. 1880 im August begann er in Cairo, Damaskus und Alexandrien. Man berichtet, dass 95 % der Gesammtbevölkerung erkrankt seien. Zu den obigen Anfangssymptomen gesellt sich oft ein flüchtiges Exanthem, bald Scharlach, bald Urticaria oder Masern ähnlich — das Fieber kann 41° Temp. und 120 Pulse erreichen, nach dem Exanthem trügerische Erleichterung, dann Zunahme der Schmerzen, Schwellung der Tonsillen, Parotis, Lymphdrüsen, nach abermals 3 Tagen rascher Abfall, Abschuppung, Verschwinden der Drüsenschwellung manchmal über Nacht. Danach grosse

Mattigkeit mit Schmerzen in den kleinen Gelenken oft noch mehrere Wochen. Ueber die pathologische Anatomie giebt es Nichts, einzelne Organe scheinen nicht afficirt zu sein; wahrscheinlich ist die Krankheit nicht contagiös; die Therapie verständiger Aerzte ist expectativ.

R.

---

347. **Durand-Fardel, L'arthrite noueuse et sa pathogénie.** (L'Union médicale. Nr. 118.)

Verf. berichtet über einen Fall von Arthritis nodosa bei einem kaum 2 Jahr alten Kinde von scrophulöser Constitution. Nach einem zweimaligen Anfall von subacutem Gelenkrheumatismus, der die Knie-, Hand- und Fussgelenke ergriffen hatte, bildeten sich sowohl an diesen als auch an den Finger- und Zehengelenken die charakteristischen Veränderungen der Arthritis nodosa mit den consecutiven Verkrümmungen und der Atrophie der entsprechenden Muskeln aus. Acht Monate hindurch wurden die verschiedensten Mittel ohne jeden Erfolg versucht, nur bei der Darreichung entsprechender Dosen von Arsenik zeigte sich vorübergehend eine geringe Besserung. Dann wurde die Electricität in Anwendung gezogen und zwar wurden in täglichen Sitzungen von 10 Minuten Dauer die erkrankten Gelenke galvanisirt, die atrophischen Muskeln faradisirt. Nach jeder Sitzung methodische Massage. Diese Medication hatte so guten Erfolg, dass nach Verlauf von ca. 7 Monaten das Kind als vollständig geheilt aus der Behandlung entlassen werden konnte; Recidive traten während der folgenden $2^1/_2$ Jahre nicht ein. Der Fall ist bemerkenswerth durch das jugendliche Alter des Betroffenen und die gute Wirkung der Electricität. Letztere wird nach Verf. nur erzielt bei langer Dauer der Application und bei nicht veralteten Fällen.

Brockhaus (Godesberg).

---

348. **Dr. Max Burkhardt,** Oberstabsarzt in Berlin, **Ueber den Einfluss, den römische und russische Bäder, so wie örtlich begrenzte Bäder in heisser Luft auf die Körperwärme haben.** (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 21.)

Nach mehrfachen Beobachtungen scheint es, dass in einem gewöhnlichen römischen Bade die Körperwärme nur um etwa 0,3 steigt. Desshalb versuchte B., der die Syphilis nach v. Bärensprung mit der Schwitzkur rascher und sicherer als mit Hg heilen sah, die russischen Bäder, welche höhere Temperatur erzeugen; die höhere Temperatur aber könnte ja das Wirksame bei der Zerstörung des syphilitischen Giftes sein. Die Ergebnisse waren dieser Vermuthung nicht günstig. Die Körperwärme steigt bei einem russischen Bade von halbstündiger Dauer um 3—4,3°, fällt zuerst nach dem Bade rasch, dann

langsamer, so dass sie noch 30—40 Min. nachher 2° über der Norm ist, und diese erst nach ca. 2 Stunden erreicht. Es liegt dies an der im russischen Bade fehlenden Verdunstung des Schweisses.

B. referirt dann über lokale heisse Luftbäder nach Erfurth in Feldberg, welche in Blechkästen mit Doppelwänden, zwischen welche heisse Dämpfe strömen, genommen werden. Ein Arm oder Bein 35 Min. in 81—85° C. gehalten, steigerte die Mundhöhlentemperatur von 37,5 auf 38°, den Puls von 74 auf 88, erst nach ½ Stunde war die Temp. 37,5, Puls 80. Bei Aufenthalt des ganzen Körpers mit Ausschluss des Kopfes im Apparat stieg die Temp. der Mundhöhle entsprechend der Höhe der Luftwärme im Kasten und der Dauer des Versuchs, bis 39,3 bei 62—75° Badeluft und 25 Min. Aufenthalt, der Puls von 79 auf 100, die Athmung von 18 auf 20 — zuletzt stellt sich Angstgefühl ein. Nach einer Begiessung mit Wasser von 18° und kalter Abwaschung stand die Temp. 10 Min. nachher auf 38°, nach 30—40 Min. auf 39,5°, der Puls erst nach 1 Stunde auf 74.

R.

---

349. **Rousseau, De la fièvre intermittente d'origine émotive.** Intermittirendes Fieber hervorgerufen durch Gemüthsbewegung. (L'Union médicale. Nr. 120.)

R. beobachtete bei einer aus vollkommen intermittensfreier Gegend stammenden, körperlich gesunden Frau von 45 J., die wegen maniakalischer Aufregung in Anstaltspflege hatte übergeführt werden müssen, nach einem Zornausbruch eine Reihe von Fieberanfällen mit ausgeprägtem Frost-, Hitze- und Schweissstadium und vollständig freien Intermissionen; unter Chiningebrauch trat Besserung ein. Aus der Litteratur citirt er zwei ähnliche Fälle; in dem einen bewirkte Chinin ebenfalls Heilung, der andere widerstand allen antifebrilen Mitteln und verschwanden die Fieberanfälle erst nach einer Gemüthserregung, derjenigen ähnlich, durch welche sie verursacht waren.

Brockhaus (Godesberg).

---

350. **Dr. L. Homburger,** Assistenzarzt der medic. Klinik in Strassburg, **Ueber die Gubler-Robin'sche renale Form des Typhus abdom.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 20—22.)

Die Punkte, auf welche Verf. in dieser Studie hinweisen wollte, sind:

1) Die Diagnose mancher Fälle von Abdominaltyphus kann erschwert werden durch das Vorherrschen nephritischer Symptome. Dies ist besonders dann der Fall, wenn dieselben schon in den ersten Tagen der Erkrankung auftreten.

2) Fälle von Typhus mit vorherrschenden nephritischen Sym-

ptomen haben Gubler und Robin als renale Form des Typhus unterschieden. Sicherlich können manchmal die nephritischen Symptome bei einem Typhus eine so bedeutende Rolle spielen, dass der Arzt bei der Stellung der Diagnose und bei Einleitung einer Behandlung in Verlegenheit versetzt werden kann, wenn er nicht mit dem Vorkommen eines solchen Krankheitsbildes schon bekannt ist; darum ist die Beschreibung einer renalen Form vom rein praktischen Standpunkt entschieden zu billigen. Eine renale Form des Typhus aber in so dogmatischer Weise abzugrenzen, wie dies zuletzt Amat versucht hat, ist nicht zu billigen. Denn keine einzige der in den Nieren gefundenen Veränderungen ist charakteristisch für den Typhus, und auch der Grundgedanke der Amat'schen Arbeit, dass der Typhus sich überwiegend in den Nieren zu lokalisiren vermöge, ist erst noch zu erweisen.

3) Die anatomischen Veränderungen der Nieren bei diesem renalen Typhus sind zweifelsohne mitunter wirklich nephritischer Natur und es steht jetzt schon so viel fest, dass die Nephritis hierbei ebensowohl interstitiell als parenchymatös sein kann. Aus unserm 3. Falle erhellt aber auch, dass der renalen Form nicht immer entzündliche Veränderungen in den Nieren zu Grunde liegen. Es scheint sich in manchen Fällen nur um den renalen Symptomencomplex zu handeln, wie er bei manchen fieberhaften Infektionskrankheiten häufig auftritt und bisweilen rasch wieder verschwindet, ohne dass man das materielle Substrat desselben zur Zeit kennt.

4) Das ausgesprochene Bild einer Nephritis, wie es gewisse Infektionskrankheiten, am häufigsten der Scharlach, mit sich bringen, ist im Verlauf eines Typhus nur sehr selten zu beobachten.

Diese Sätze resultiren theils aus der Mittheilung der Beobachtungsresultate früherer Arbeiten, sowohl in anatomischer als klinischer Beziehung, theils aus den ausführlich mitgetheilten Geschichten dreier auf der Strassburger Klinik 1879/80 beobachteten Fälle.

1. Fall. Sehr kräftiger Mann. 26. Decbr. 1879 Kopfschmerz und Mattigkeit, nach mehreren Tagen mehrmals Frost mit nachfolgender Hitze und Schweiss. Urin stets dunkel. Stuhl regelmässig. 10. Jan. in der Klinik Temp. 39,6°, Puls 90, Respir. 20. Zunge stark belegt. R. u. L. H. U. kleinbl. Rasseln. Milzdämpfung handgross. Urin trübe, schmutzigbraun, eiweisshaltig, im Sediment hyaline Cylinder mit Blutkörperchen bedeckt, vereinzelte Epithelien, rothe Blutkörperchen und Lymphzellen, keine Roseola. 11. Jan. Miliaria crystallina, Urin 700 ctm, schmutzigbraun, eiweisshaltig, Verstopfung. Temp. 39,3—40,1, Puls gespannt 94. Laxans. Am 13. Jan. Zunahme der Harnmenge auf 1000 ctm, Puls dicrot 88, kein Albumen mehr, Milztumor wächst; Temp. bleibt 39,2—40,2 bis zum 18. Jan., dann bei Gebrauch von Chinin und kühlen Bädern allmählicher Abfall, Urinmenge bis 3800 ccm ohne Eiweiss. Hieran schliesst sich eine leichte Pneumonie R. H. U.; im Februar noch Thrombose der linken V. cruralis. Entlassung am 3. Mai.

2. Fall. Grosser, mässig kräftiger, magerer, 48jähr. Mann. 5. Jan. Schüttelfrost, Hitze, Kopfschmerz, Husten mit unblutigem Auswurf, Stiche in beiden Seiten sowie in der Nierengegend, Durst, Appetitlosigkeit. Aufnahme 8. Jan. Temp. 39,5, Puls 96, stark gespannt,

Respir. 35, Zunge belegt; R. H. U. Dämpfung und Crepitation bis zur Scapula, Sputa schleimig eitrig; Druckschmerz in den Nierengegenden; Verstopfung. 9. Jan. Stuhl auf Clysma, Harn 500 ccm, 1025 spec. G. enthält Urate, hyaline und wenige Epithelcylinder; wenig rothe und viele weisse Blutkörperchen, Epithel, Detritus, sehr viel Eiweiss. Temp. 39,4—40,3, Puls 100, stark gespannt. Am 12. Jan. Milztumor, Abnahme der Albuminurie, 800 ccm, 1022 spec. Gew., Stuhl durch Abführmittel. 17. Jan. Nach 1,5 Chin. war Temp. 38,5, Urin 1000 ccm, 1009 spec. Gew. ohne Sediment, wenig Eiweiss; 3 dünne gelbe Stühle, Sensorium seit dem 13. Jan. benommen. Harnmenge nimmt weiter zu, Eiweiss verschwindet, Stühle werden häufiger, „echt typhös". Geheilt entlassen am 24. Febr.

3. Fall. 24jähr. kräftiger, wohlgenährter Mann; 18. April Kopfschmerz. 21. April Schwindel, Hitze. 24. April, Temp. 40,3, Puls 90, Respir. 20, Kopfschmerz. „An Stelle des 1. Herzspitzenstosses ein holperndes Geräusch", Zunge belegt. Leib etwas aufgetrieben. Milzdämpfung kartenblattgross, Urin 1027 spec. Gew., eiweisshaltig, 500 ccm, dünne, längere, z. Th. mit Epitheltrümmern bedeckte, auch spärliche, kurze, dicke, getrübte und hyaline Cylinder darin, wenig weisse Blutkörperchen. Das Albumen nimmt in den nächsten Tagen ab, während das Harnquantum gering (bis 400 ccm) bleibt, Cylinder fallen; Stuhlverstopfung besteht fort. 5. Mai, Milzdämpfung nimmt zu, ein dünner, gelber Stuhl, Temp. 39,6—40,6; systol. Geräusch verschwunden. Urinmenge hatte zugenommen, Albuminurie war verschwunden, am 7. Mai aber wieder reichlich da, bei 4—500 ccm Harn von 1024 spec. Gew. Am 8. Mai charakteristische Typhusstühle, am 9. war das Herzgeräusch wieder da, Temp. 39,9—41, grosse Unruhe, viel dünne Stühle, viel Rasseln, Respir. 40—60, Dyspnoe. 12. Mai: Urin 1017 spec. Gew., enthält Albumen und zahlreiche schmale hyaline Cylinder, z. Th. mit feinen Körnchen besetzt, auch bräunlich granulirte Cylinder und weisse Blutkörperchen. Tod Mittags.

Sektion (von Recklinghausen): „In beiden Lungen Atelectese und beginnende Bronchopneumonie, Hepatisation. Milz vergrössert, darin zwei abgekapselte Abscesse. Im Ileum Ulcera mit unbedeutenden Defekten, markige Infiltr. einiger Follikel im Dickdarm. Nieren wenig alterirt, rechts spärliche Ecchymosen, Papillen blass, trübe Flüssigkeit entleerend, geringe Trübung der gewundenen Harnkanälchen; mikroskopisch nirgends Zeichen einer Entzündung, auch die Epithelien intact."

R.

---

351. **Blondeau, Accidents cérébraux déterminés par la Belladone administrée à hautes doses dans le traitement d'un rhumatisme articulaire.** Gehirnerscheinungen hervorgerufen durch Darreichung von grossen Dosen Belladonna bei Gelenkrheumatismus. (L'Union médicale Nr. 119.)

Der Fall betrifft eine 25 jähr. Frau, welche an einem über alle Gelenke verbreiteten acuten Rheumatismus mit hohem Fieber und Herz-

affection erkrankt war. Chinin und nachher Veratrin war ohne Erfolg gegeben worden. Die Dosis des darauf angewandten Extr. Belladonnae betrug 0,05 auf einmal genommen und wurde allmählich auf 0,4 pro die gesteigert. Nach Verlauf von 20 Tagen trat Besserung ein; die Dosis wurde auf 0,3 pro die herabgesetzt und nach einigen Tagen, als die Schmerzen und das Fieber vollständig geschwunden waren, das Mittel ganz ausgesetzt. Am nächsten Tage machte sich bei der Patientin trübe Gemüthsstimmung mit Neigung zum Weinen bemerkbar, die sich allmählig zu ausgesprochener Melancholie steigerte. In der Idee, dass vielleicht das plötzliche Aussetzen des Mittels Schuld an der geistigen Störung sei — ähnlich wie zuweilen bei Gewohnheitssäufern durch plötzliche Entziehung des Alkohols der Eintritt des Delirium beschleunigt wird — wurde aufs neue 0,15 Extr. Belladonnae gereicht und diese Dosis allmählig verringert. Nach kurzer Zeit konnte die Kranke als geheilt entlassen werden. Nach Trousseau, der das Mittel in noch 3 andern Fällen von acutem Gelenkrheumatismus mit Erfolg angewandt hat, soll dasselbe bis zum Eintritt von Gehirnerscheinungen gegeben werden. Letztere bestehen meist, wie im vorliegenden Fall, in melancholischen, zuweilen auch in erotischen Delirien.

Brockhaus (Godesberg).

---

352. **Dr. L. Löwenfeld** (Aerztl. Dirigent der Privat-Heilanstalt Maxbrunn in München), **Ueber die Behandlung von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten vermittelst des Induktionsstromes.**

L. ist der Ansicht, dass der Induktionsstrom mit Unrecht zu sehr gegen den galvanischen bei der Behandlung centraler Erkrankungen zurückgetreten sei, aber sicherlich bald wieder mehr Anhänger gewinnen werde. Als Methoden der früheren und jetzigen Faradisation nennt man die periphere Reizung (kutane Reizung mittelst des faradischen Pinsels, Reizung der Nervenstämme und Muskeln), die Faradisation des Kopfes, längs der Wirbelsäule und die verschiedenen Formen allgemeiner Faradisation. Geschichtlich erwähnt L. der Faradisation bei Chorea, Anaesthesia dolorosa, Impotenz, bei Hemianästhesien in Folge cerebraler Heerdläsionen und hysterischen Hemianästhesien mit gutem Erfolg, ebenso bei psychischen Depressionszuständen. Für diese Wirkung findet L. einen Anhalt in den experimentellen Beobachtungen, dass Reizungen der Haut mit starken Induktionsströmen Erweiterung oder Verengerung der Pia-Arterien hervorrufen und dass nach Erb bei Applikation inducirter, wie galvanischer Ströme „am Kopfe Stromschleifen in das Gehirn dringen; daher die günstige Wirkung bei Neuralgien des Kopfes, Migräne, Schlaflosigkeit, namentlich Anämischer und Neurasthenischer. L. empfiehlt ferner die Faradisation des Rückenmarks, wenn Störungen in den Verrichtungen umschriebener Rückenmarksparthien vorliegen und bei rein funktionellen Störungen desselben. Die Annahme, dass der faradische Strom keine hinreichend starke katalytische und genügend tiefe Wirkung ausübe, bezeichnet L. als unerwiesen und unhaltbar.

Die allgemeine Elektrisation fand Anwendung bei Impotenz, allgemeiner Schwäche, Chorea, Epilepsie, Eklampsie, Hysterie. Die übliche Methode ist die von Beard und Rockwell. (Ein Pol in grosser Oberfläche an eine Körperstelle (beide Fusssohlen oder Gesäss) applicirt, mit dem andern werden Kopf, Rumpf und Extremitäten bestrichen). Bisher sind in Deutschland nur 1 Fall von Möbius, 2 Fälle von Engelhorn nach dieser Methode behandelt, veröffentlicht worden. L. fügt 2 weitere Fälle hinzu mit folgendem Erfolg:

1. Besserung des Schlafes.
2. Verringerung, resp. Beseitigung sowohl lokaler als weit ausgebreiteter Reiz- und Schwächezustände im centralen Nervensystem.
3. Erhöhung des Appetits und Regulirung der Darmfunktionen.
4. Als Resultante dieser Wirkungen Erhöhung der motorischen und intellektuellen Leistungsfähigkeit und Beseitigung vorhandener psychischer Depressionszustände (Lebensüberdruss). L. hält für das wichtigste Moment bei der allgemeinen Faradisation die Modificirung der Ernährungs- und Erregbarkeitsverhältnisse des Gehirns und Rückenmarks durch die direkte Einwirkung auf diese Theile und dann durch die an der Peripherie des Körpers gesetzten Erregungsvorgänge, welche nach dem Centrum sich fortpflanzen.

Oebeke (Endenich).

---

353. **B. Küssner**, Docent in Halle, **Ueber primäre Tuberkulose des Gaumens.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1881. Nr. 20. 21.)

Im Verlaufe von kaum 3 Jahren sah Verf. 5 Fälle „primärer Tuberkulose des Gaumens“, die er einzeln mittheilt. Diese Formen sind nicht so selten, als man früher glaubte. (B. Fränkel, Berl. klin. Wochenschr. 1876; Isambert.)

1. Fall. 40jähr. Maurermeister, vor 20 Jahren einfaches Ulc. penis ohne secundäre Erscheinungen, seit 2 Jahren angegriffen, abgemagert, mit hartnäckigen Hals- und Lungenkatarrhen behaftet; in den Lungen nichts Abnormes zu finden. Gegenwärtig anginöse Beschwerden; es besteht ein kleines Ulcus, „mässig flach, Grund gelblich-fetzig, Ränder nicht sehr scharf; in der allernächsten Umgebung ein paar feine gelbliche Pünktchen in der Schleimhaut“. Energische Aetzung mit Lapis mehrmals wiederholt. Inzwischen auf Verlangen des Kranken antisyphilitisch mit Jodkali und Subliment ohne allen Erfolg behandelt —, durch Fortsetzung lokaler Behandlung nach mehreren Wochen heilt der Ulcus.

2. Fall. 35jähr. kräftiger Arbeiter, stets gesund. Seit einigen Tagen Schmerzen im Munde beim Kauen und Schlucken. Links am weichen und harten Gaumen „einzeln stehende, miliare, gelblich-weisse Knötchen in der Schleimhaut, mit injicirter Umgebung. Lungen etc. durchaus normal“. „Es war das klassische Bild einer frischen Tuberkel-Eruption“. Schon nach 2—3 Tagen war eine etwa thalergrosse flache Ulceration daraus entstanden, die Knötchen kaum noch zu er-

kennen. „Dreimalige Aetzung mit Arg. nitr. führte völlige Heilung herbei“.

3. Fall. 56jähr. Mann, etwas mager aber sonst gesund; seit ca. einem Jahre Empfindlichkeit im Schlunde, Beschwerden beim Essen und Sprechen. Die hintere, grössere Hälfte des Daches der Mundhöhle in eine höckerige Ulceration verwandelt, rosa, glanzlos, ohne Belag, Gaumensegel und Uvula in gleicher Weise verändert; keine Drüsenschwellung an Kopf und Hals. Lungen „völlig frei, auch von Lues keine Spur“. „Aetzungen mit Acid. nitr. fum., Argent. nitr. etc. hatten keinen Erfolg“. Nach achtwöchentlichem Aufenthalt auf der Klinik unverändert entlassen; „soll im nächsten Jahre an Schwindsucht gestorben sein“.

4. Fall. 34jähr. Mann, seit einigen Wochen allmählich sich steigernde Schmerzen beim Schlucken und Sprechen; Patient nimmt nur noch kleine Mengen flüssiger Nahrung, kam sehr herunter. Aufnahme in die Klinik. Weicher Gaumen, Uvula, beide Tonsillen stark geschwellt und ähnlich wie in Fall 3 verändert. An den Rändern der zerstörten Partien miliare Tuberkelknötchen sichtbar. „Andauernd unregelmässiges Fieber, Schweisse, Dyspnoe, Benommenheit, Tuberkel der Chorioidea etc.“, nach 14 Tagen tödtlicher Ausgang. „Die Sektion ergab das klassische Bild der allgemeinen Miliar-Tuberkulose; ein älterer Käseheerd war nirgends vorhanden.“

5. Fall. 43jähr. Mann, vor 20 Jahren Ulc. indurat. mit sekundären Erscheinungen; im übrigen gesund, kräftig. Seit Herbst 1880 anginöse Beschwerden, ärztliche Hülfe im Januar 1881. An der rechten Seite des Gaumensegels und an der Uvula Substanzverluste. Ränder unregelmässig, scharf, steil, nur stellenweise geröthet, Grund mit grau-gelblichem Detritus belegt, daraus knopfförmige, röthliche Granulationen und feinere Excrescenzen, spitzen Condylomen ähnlich, hervorragen; in den Rändern einzelne miliare, gelblich-weisse Knötchen, umgeben von lebhafter Injektion. An den Lungen und übrigen inneren Organen pathologische Veränderungen nicht nachweisbar. Spuren alter Lues nicht aufzufinden. Wegen der nicht ganz rein tuberkulösen Form wurde Jodkali gegeben, mit Jodglycerin gepinselt. Dabei liessen die subject. Beschwerden nach, die Ulceration schritt unaufhaltsam weiter. Bei Anwendung starker Aetzung mit Arg. nitr. und dem Paquelin'schen Brenner, dessen Applikation dem Patienten weit weniger schmerzhaft war, als der Höllenstein, trat etwas Reinigung und stellenweise Vernarbung der Geschwüre ein, grösstentheils aber ging der Process weiter; Mitte März an der oberen Fläche der Epiglottis Tuberkelknötchen, später Fehlschlucken. In den Lungen diffuser Katarrh. Am 21. April erfolgte zu Hause der Tod. Die Sektion ergab ausgebreitete Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes, Cavernen bis reichlich wallnussgross.

Verf. betont als entscheidend für die Differentialdiagnose gegenüber syphilitischer Geschwüre das Vorhandensein von Miliartuberkeln, welche kaum jemals vermisst werden. Natürlich können auch beide Formen gleichzeitig vorhanden sein. Die Gaumentuberkulose ist nicht immer progressiv, es kommen Stillstände und Heilungen vor. „Die

leichte Heilbarkeit ähnlicher Affectionen beweist durchaus Nichts gegen Tuberkulose.“ Im Allgemeinen aber stellt die Tuberkulose der Gaumen- und Rachengebilde ein sehr bedenkliches Leiden dar — durch die vorbeipassirenden Bissen und den inspiratorischen Luftstrom können ihre Infectionsstoffe in den Verdauungs- und Athmungsapparat getragen werden.

Die Therapie der primären Fälle muss eine active sein. Ist die Erkrankung nicht zu diffus, sind starke Aetzungen mit Arg. nitr., dem Galvanocauter oder dem Paquelin'schen Brenner dringend indicirt. Selbst bei sekundären Formen können sie die peinlichen Schmerzen bessern oder beseitigen. Von Morphium örtlich sah Verf. keinen Erfolg, von Bromkali Schaden, es steigerte die Schmerzen. Am meisten empfehlen sich Bepinselungen mit 4—5 procent. Carbolglycerin, der anfängliche Schmerz lässt bald nach, und es folgt längere Erleichterung. Verf. wendet diese Lösung auch bei chron. Rachenkatarrhen mit Vortheil an.

Ueber die Aetiologie der primären Rachentuberkulose lässt sich noch nichts Befriedigendes sagen. Verf. stimmt für die Tuberkulose überhaupt dem Satz Cohnheims bei: „Zur Tuberkulose gehört Alles, durch dessen Uebertragung auf geeignete Versuchsthiere Tuberkulose hervorgerufen wird, und Nichts, dessen Uebertragung unwirksam ist“.

R.

---

354. **Fr. Th. Frerichs**, Berlin, **Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Eiweiss und Zucker im Harn.** (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 21.)

Fr. unterscheidet 3 Arten dieser Secretions-Anomalie:

1) bei Glycosurie,
2) bei Diabetes mellitus,
3) bei Chylurie.

ad 1) d. h. wo kleinere Zuckermengen kürzere oder längere Zeit ausgeschieden werden, ohne erheblichen Nachtheil auf die Ernährung, kam Albumen unter 30 Fällen 14 mal vor; es waren dies theils acute, theils chronische Hirnkrankheiten, 3 geborstene Hirnaneurysmen, 4 grosse Apoplex., 2 eitrige Mening., 1 Mening. basilar.; bei den chronischen Fällen fand sich im weiteren Verlauf Parese des Facialis, zu Obductionen kam es nicht. Der Zuckergehalt betrug bis 2 %, Eiweiss- und Zuckergehalt wechselten, Harnabsonderung manchmal vermindert, manchmal vermehrt. Fr. sucht die Quelle der Zucker- und Eiweissausscheidung in der Glycosurie in Läsionen des 4. Ventrikels.

ad 2) Die Angaben über die Häufigkeit der Nephritis bei Diabetes mellitus bei andern Beobachtern, kann Fr. nicht bestätigen. In 316 Fällen von Diabet. mell., die z. Th. 10—16 Jahre beobachtet wurden, fanden sich nur 16 Nephritis = 5 %. Davon 6 mit Arterio-

sclerose, 3 mit Phthisis pulm., 2 mit Cystitis, 2 mit Arteriitis mit Nierensteinen, also nur 3 ohne mitwirkende Ursache. Bei 50 Obductionen war nur selten wahre Nephritis, entweder parenchymatös oder Schrumpfungsnieren; auch die Epithelveränderungen (Ebstein, Deutsch. Arch. Bd. 28) scheinen Albuminurie nicht zu bedingen.

ad 3) Wie bei Chylurie Zucker oder Eiweiss in den Harn kommt, ist eine noch ungelöste Frage. Entzieht man den Kranken das Fett aus der Nahrung, so schwindet es auch im Harn und umgekehrt (Brieger).

R.

---

355. **Dr. Korn**, Berlin, **Das Chloralhydrat in der Lokalbehandlung der Diphtherie.** (Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 22.)

„Die lokale Behandlung der Diphtheritis hat die Aufgabe, den Schmerz und die Schlingbeschwerden zu mildern, den Krankheitsprocess auf seinen ursprünglichen Sitz zu beschränken, die Lösung der Auflagerungen zu befördern, und den Eintritt der septischen Zersetzung der Krankheitsprodukte vor ihrer Lösung und Abstossung und einer dadurch entstehenden allgemeinen Intoxication zu verhüten."

Dr. K. hat in einer 8—9jährigen Erfahrung eine 15—30procentige Lösung von Chloralhydrat in Glycerin zur Erfüllung jener Indicationen erprobt und dieselbe mit weichen Pinseln oder mit leinwandumhüllten Stäbchen durchschnittlich 2stündlich aufgetragen.

Diese Erfahrungen finden in den Erfolgen ihre Analogie, welche Curci durch Chloralhydrat per os et anum in einer Ruhrepidemie erzielte und ihre Erklärung in den Versuchen von Dujardin und Dimitriew, aus welchen die stark antiseptischen Wirkungen 1—2procent. Chloralhydratlösungen erhellen und der Beweis geliefert ist, dass dieselben auf fauligen Geschwüren befindliche Coccencolonieen zu zerstören und eine raschere Granulationsbildung herbeizuführen im Stande sind.

R.

---

356. **Rothe** (Altenburg), **Behandlung der Diphtherie mit Quecksilbercyanid.** (Deutsche medicinische Wochenschrift. Jahrg. 1881. Nr. 34.)

Verf. berichtet über 28 nach dem Vorgange von Erichsen mit Quecksilbercyanid behandelte Fälle; die meisten Fälle betrafen Kinder, bei allen war die Diagnose durch das Vorhandensein des charakteristischen Belages des Schlundes ausser Zweifel, die sogenannte „katarrhalische Form" der Unsicherheit der Diagnose wegen ausgeschlossen.

Bei allen wurde das gleiche Verfahren eingehalten, kalte stündlich zu wechselnde Priesnitz'sche Umschläge, 3 mal täglich rasche Ueberpinselung mit der „lotio antidiphtheritica" (1 p. Carbolsäure, 1 p. spir. vini, 1 p. Jodtinctur, 5 pp. Glycerin) und innerlich Cyanquecksilber nach folgender Formel:

Hydrarg. cyanat. 0,01
aq. destillat. 120,0
tinct. aconiti 1,0
MDS. stündlich einen Esslöffel.

für Kinder unter 10 Jahren:

Hydrarg. cyanat. 0,01
aq. destillat. 60,0
tinct. aconiti 0,5—1,2
MDS. stündlich einen Theelöffel.

Bei hohem Fieber wurden noch hydropatische Einwicklungen des ganzen Körpers gemacht.

Unter dieser Behandlung zeigte sich in allen Fällen ein baldiger Stillstand des örtlichen Processes unter Rückgang des Fiebers in der Weise, dass keine weitere Ausbreitung des oft sehr dicken Belages, namentlich nie ein tieferes Absteigen in den Larynx, selbst in einem Falle, wo schon Aphonie und bellender Husten vorhanden war, beobachtet wurde. Die Krankheitsdauer betrug 4—22 Tage. Salivation wurde nicht beobachtet. Die Aconittinctur wurde zur Bekämpfung des Fiebers, besonders der fast durchgängig hohen Pulsfrequens hinzugefügt.

Kohts (Strassburg).

---

357. **Pfeiffer** (Wiesbaden), **Lactin und Paulke's Milchsalz.** (Berl. klinische Wochenschrift. Jahrg. 1881. Nr. 35.)

Bekanntlich sind jüngster Zeit 2 Präparate, Lactin von Grob und Kunz aus der Milchproductenfabrik Wattwyl in der Schweiz, und das Milchsalz von Apotheker Paulke in Leipzig auf den Markt gekommen, deren Bestimmung es sein soll, die Kuhmilch auf chemischem Wege der Muttermilch möglichst ähnlich zu machen. Nach dem Prospect beider Fabrikate soll die Milch leichter verdaulich werden und annähernd die Zusammensetzung der Frauenmilch bekommen. Als Verf. deshalb Lactinmilch, Milchsalzmilch, Kuhmilch mit Wasser, Kuhmilch mit Gerstenschleim, natürlich immer in demselben Verhältniss, auf ihr Verhalten gegen Pepsinsalzsäurelösung (künstlichen Magensaft) oder gegen concentrirte Salzsäure prüfte, so zeigte sich in allen Fällen ein dicker käsiger Niederschlag. In der Mischung von Kuhmilch mit Gerstenschleim schien der Niederschlag am lockersten. Frauenmilch wurde weder durch Pepsinsalzsäurelösung noch durch concentrirte Salzsäure verändert.

Verfasser, welcher annimmt, dass Lactin und Milchsalz weiter nichts ist, als roher Milchzucker, höchstens mit Zusatz von geringen Mengen von Kochsalz, schliesst deshalb, dass durch Zusatz von Lactin und Milchsalz zur Kuhmilch eine Aehnlichkeit mit dem chemischen Verhalten der Frauenmilch auch nicht im Entferntesten erzielt wird, dass sich die Lactinmilch und die Paulke'sche Milchsalzmilch fast genau ebenso verhält als mit Wasser vermischte Kuhmilch und dass die genannten Lösungen dem üblichen Gerstenschleime wesentlich nachstehen.

Kohts (Strassburg.)

---

358. **H. Neuss, Ueber die Benutzung von Eisenpräparaten zu subcutanen Injectionen.** Aus dem pharmakol. Institute der Univers. Greifswald (Prof. Eulenburg). (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. III. Heft 1. pg. 1.)

Gegen die Einfuhr von Eisenpräparaten per os können Digestionsstörungen, die sie hervorbringen und der Umstand, dass sie, abgesehen von Beeinträchtigung der Darmfunction, in geringer Menge resorbirt werden, als Contraindicationen aufgestellt werden. Es wäre deshalb wünschensweth hypodermatische Verwendbarkeit des Eisens einzuführen. Darüber sind schon verschiedene Versuche gemacht, aus denen nicht eine einstimmige Empfehlung ableitbar ist. Rosenthal hat ferrum tartaricum oxydulatum, Chininum ferrocitricum, Huguenin hat ferrum phosphoricum cum Ammonino citrico, la Costa ferrum dialysatum, Pick ferrum oxydatum saccharatum und Tinctura ferri pomati, Doenitz Liquor ferri sesquichlorati in Anwendung gezogen.

Von einigen dieser Versuche werden gute Erfolge berichtet. Neuss versuchte zuerst die Diffusionsfähigkeit einiger Eisensalze festzustellen.

Als sehr leicht diffundirbare Präparate zeigten sich:

1. Ferrum pyrophosphoricum cum Natr. citrico.
2. Ferrum pyrophosphoricum cum Ammon. citrico.
3. Ferrum citricum oxydatum.
4. Chininum ferro-citricum der Pharm. Germ.
5. Chininum ferro-citricum viride, nach Walter's Vorschrift von Berg in Dresden bereitet.

Die Präparate wurden bei Kaninchen und Menschen theils bei Patienten, theils am Körper der Untersuchenden zu subcutanen Injectionen benuzt.

Der Erfolg war der, dass nicht alle vom Menschen so gut vertragen wurden als vom Kaninchen, sondern bei mehreren bei Menschen Reizerscheinungen an der Injectionsstelle auftraten, trotz der grossen Vorsicht und Beobachtung antiseptischer Cautele.

„Als völlig geeignet zur subcutanen Injection erwies sich ferrum

pyrophosphoricum cum Natro citrico, ein Präparat, welches überdies auch wegen seiner Haltbarkeit und des relativ grossen Eisengehalts (26,6 %) besonders empfohlen zu werden verdient. Es ist in Lösungen von 1 : 6 Aq. dest. ohne jeden Nachtheil verwendbar. Das resorbirte Eisen ist schon nach einer halben Stunde im Harn nachzuweisen".

„Keiner hypodermatischen Verwendung fähig sind: (nach N.'s Versuchen) das Ferrum citricum oxydatum, Chininum ferro-citricum verschiedener Bearbeitung, ferrum saccharatum solubile und ferrum oxydatum dialysatum (glycerinatum).

Für den Nutzen der subcutanen Injection des gut vertragenen ferrum pyrophosphoricum cum Natro citrico wird die fortschreitende Besserung einer 21 jähr. Patientin erwähnt, die an starker Chlorose und ulcus ventriculi litt. Nach 20 Einspritzungen (1,0 der Lösung von 1:6 Aq. dest.) sind die accidentellen Geräusche am Herzen verschwunden, ebenso klagt Pat. nicht mehr über Schwindelgefühl und Mattigkeit in den Beinen.

Finkler.

---

359. **Dr. Loehner** (Schwabach), **Der Schwabacher Federhalter zur Beseitigung der krummen Haltung beim Schreiben.** (Aerztliches Intelligenz-Blatt Nr. 33. 1881.)

Es ist eine reine Unmöglichkeit mit den jetzt gebräuchlichen Griffeln und Federhaltern die Kinder zu gewöhnen, bei medianer und gerader Lage des Heftes und mit am Körper anliegendem Ellbogen zu schreiben. Es müsste zur Ermöglichung einer geraden Körperhaltung und zur Schonung der Augen die rechtsschiefe Schrift abgeschafft und durch senkrecht stehende ersetzt werden. Der senkrecht stehenden Schrift würden sich grosse Schwierigkeiten entgegenstellen. Das Mittel, die langgewohnte schiefe Schrift beizubehalten bei richtiger Haltung des Körpers wäre nur dadurch ermöglicht, dass man den Federhalter vorne, wo die Stahlfeder eingesteckt wird nach rechts in einem ungefähren Winkel von 10—12° von der geraden Linie abbiegt. Man hat dadurch die Abduction, die dem Handgelenk nicht möglich ist, in den Federhalter gelegt. Die Schieferstifte kann man in kurzen Stückchen wie die Stahlfeder in winklig gebogene Griffel stecken.

Seifert (Würzburg).

Neue Bücher.

Coleman, Manuel of Dental Surgery and Pathology. London, Smith Eeder. 12 sh. 6 d.

Ecker, Die Anatomie des Frosches. Ein Handbuch für Physiologen, A und Studirende. 2. Abth. Nerven und Gefässlehre. Mit Beiträgen R. Wiedersheim. Mit zahlreichen in den Text eingedruckten Holzsti Braunschweig. Vieweg & Sohn. 9 M.

Fothergill, Indigestion, Biliousness and Gout in its Protean Aspects P Indigestion and Biliousness. Lewis. 7 sh. 6 d.

Gross, Practical treatise on Impotence Sterility and allied disorders o male sexual Organs. Illustrated. Philadelphia. 7 sh. 6 d.

Hemming, Throat Diseases and the use of the laryngoscope: a hand for practioners and senior students. Churchill. 2 sh. 6 d.

Harwitz, Zur Lehre von der künstlichen Unterbrechung der Schwa schaft (künstl. Frühgeburt und künstl. Abortus). Giessen, J. Ricke Buchh. 2 M.

Nothnagel, Zur Symptomatologie der Darmgeschwüre. (Samml. klin. träge 200). Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Loebisch, Anleitung zur Harn-Analyse für praktische Aerzte, Studi und Chemiker mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Me Zweite gänzlich umgearbeitete Aufl. Mit 48 Holzschn. und 1 Farben Wien, Urban & Schwarzenberg. 9 M.

Presl, Prophylaxis der übertragbaren Infektions-Krankheiten. Ein Hand für Aerzte, Sanitäts-Beamte und Physikats-Kandidaten. Mit beson Berücksichtigung der österreich. und deutschen Gesetzgebung. Urban & Schwarzenberg. 3 M.

Redier, Recherches expérimentales sur l'action physiologique de ellé Montpellier.

Searle, A new form of nervous disease together with an essay on Ery xylon Coca, New-York.

Semple, Aids to medicine: Part 3. Diseases of the brain, nervous systen spinal cord. London, Baillière. 1 sh. 6 d.

Sockeel, Etude sur l'hématome de l'oreille. Douai.

Teulon, La vision et ses anomalies. Paris, J. B. Baillière et fils. 20 f

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 1. Oktober. Nro. 25.

360. **La Diphtherie en Russie.** (Progr. medic. 1881. Nr. 38.)

Das Journal de Saint-Petersbourg bringt Schrecken erregende Nachrichten über die Diphtheritis in Russland. Die Epidemie der letzten Jahre trat zuerst in Bessarabien auf und verbreitete sich von dort nach Osten und nach Nordwesten, folgend der Richtung der Winde des südlichen europäischen Russlands, welche die Ansteckungskeime mit sich tragen. Die zuletzt befallenen Gouvernements sind die von Tambof, Saratof und Samara. Genügende Berichte liegen nicht vor; doch hat nach der Meinung der Medcinalbehörde keine Epidemie, auch nicht die Cholera und die Pest, je so viele Opfer gefordert. Von 1872—1879 starben in Bessarabien von 35,538 Kranken 14,949; von 1876—1879 in dem Gouvernement Poltawa 18,765 von 45,543; von 1878—1880 in Karkof 17048 von 28,750.

An den Ufern des Don brach schon im Jahre 1868 eine Epidemie aus, welche ganze Ortschaften ihrer kindlichen Bevölkerung beraubte. So starben allein in dem Arrondissement Rhoper im Jahre 1868 6000 Kinder an Diphtheritis.

Im Jahre 1879 zeigte sich die Krankheit in dem Gouvernement

Stravapol und verbreitete sich von da durch ganz Kaukasien. Zuv
lässige Nachrichten über ihre Ausdehnung und Mortalität liegen
dort noch nicht vor.

E. Bardenhewer

---

361. W. Bechterew, Ueber das Vorkommen äusserst niedri
Temperaturen im Verlaufe von Geisteskrankheiten. (St. Peter
medicin. Wochenschr. 1881. Nr. 33 und 34.)

Die über diesen Gegenstand bereits vorliegenden Angaben (ve
das Original) bereichert B. durch die Mittheilung von drei Krankhe
geschichten mit Obduktionsbefund. In einem Falle von Dementia
nilis, komplicirt mit chronischer Spitzen-Pneumonie, war die Tempera
in den letzten Lebenswochen fast beständig mehrere Grade unter
Norm; zwei Tage vor dem Tode sank sie auf 27,5 ° (Anus-Temperat
und am Tage vor dem Tode ging sie bis unter 26° herab. Bei ein
an paralysis generalis progressiva leidenden 40 jähr. Kranken wu
an den letzten sechs Lebenstagen ein progressives Sinken der inne
Körperwärme bis auf 31,8° konstatirt; dabei war das Allgemeinbefin
bis zum letzten Tage ein ganz befriedigendes. Bei dem dritten,
derselben Krankheit leidenden 35 jährigen Patienten sank die Tem
ratur in derselben Weise in den letzten vier Lebenstagen, bis si
Stunden vor dem Tode 30,6 ° erreichte.

Ein derartiges Sinken der Temperatur könnte bedingt sein: du
Unreinlichkeit des Kranken, durch Nahrungsverweigerung, durch E
blössung bei verstärkter Muskelarbeit, und durch beträchtliche
magerung. Doch trifft keiner dieser Momente für unsere Fälle
Aus den Lebensbedingungen der Kranken können die niedrigen Tem
raturen nicht erklärt werden; es wurden trotz der niedrigen Körp
wärme nie Collapserscheinungen oder ernste Complikationen mit Kra
heiten innerer Organe bemerkt, die Kranken blieben im Gegentheil f
bis zu ihrem Tode kräftig, munter und zeigten sogar zeitweilig Sy
ptome von Aufregung. B. sucht vielmehr die Ursache der niedrig
Temperaturen in der Affection des Gehirns, und zwar nicht sowohl
den nach Tiling in den Fällen von excessiver Temperatur-Abnah
bei Psychosen sich findenden bedeutenden Veränderungen in der U
gebung der Brücke, — denn diese sind durchaus nicht in allen d
artigen Fällen gefunden worden — sondern vielmehr in der die P
chose bedingenden Affektion der Gehirnrinde, von welcher er sich
rechtigt glaubt anzunehmen, dass sie gleichzeitig die den Centralw
dungen benachbarten Territorien ergreife, welche nach Eulenburg u
Landois das vasomotorische Nervensystem beeinflussen, nach B
Untersuchungen aber auch auf die innere Körpertemperatur einwirk

E. Bardenhewer.

362. **Prof. Fr. Goltz, Ueber die Verrichtungen des Grosshirns.** Vierte Abhandlung. Unter Mitwirkung von Dr. J. v. Mering und Dr. R. Ewald. (Pflüger's Archiv. Bd. XXVI.)

In seinen früheren Abhandlungen hat der Verfasser dargethan, dass nach Wegnahme grosser Abschnitte beider Hälften des Grosshirns bei Hunden sehr merkwürdige Störungen dauernd zurückbleiben. Die Ansichten, welche Hitzig und seine Nachfolger über das Vorhandensein von kleinen circumscripten Centren in der Grosshirnrinde aufgestellt haben, hält er mit den von ihm gefundenen Thatsachen unvereinbar. Ausgedehnte Abschälungen der Rinde beider Hinterlappen hatten dauernde Störungen zur Folge, die etwas verschieden waren von denjenigen, die nach Verstümmelung der Scheitellappen zurückblieben, ein Resultat, welches zu Gunsten einer Lokalisation der Funktionen der Grosshirnrinde sprach. Daher unternahm Golz vorliegende eingehende Untersuchung.

Rücksichtlich der Operationsmethode und der genauen Beschreibung der einzelnen Versuche muss auf das Original und die 3 sehr deutlichen colorirten Tafeln, die Sectionsbefunde der verschiedenen Gehirne darstellend, verwiesen werden. Ein Gleiches gilt für den polemischen Theil der Abhandlung.

Folgendes sind die Resultate der Versuchsreihe und die vom Verfasser an dieselben geknüpften Schlussfolgerungen:

Sämmtliche Versuche bestätigen zunächst, dass selbst die ausgedehnteste Zerstörung der Grosshirnrinde keinen einzigen Muskel des Körpers dauernd lähmt. Innerhalb derjenigen Sphären der Thätigkeit, die sich an den tiefblödsinnigen Hunden noch beobachten liessen, wurden alle zweckentsprechenden Muskelbewegungen noch ausgeführt. Die Hunde mit am schwersten verstümmelten Gehirnen waren noch des Ausdrucks wüthender Leidenschaft fähig, sie knurrten und bissen um sich wenn man sie unsanft berührte. Solche Thiere spielten mit anderen ähnlich wie unversehrte Hunde und diese Handlungen kamen doch zur Beobachtung nach Zerstörung der sogenannten psychomotorischen Centren. Ferner zeigte sich, dass durch ausgedehnteste Zerstörung der Rinde beider Grosshirnhälften kein Thier dauernd der Benutzung irgend eines Sinnesorganes beraubt wurde. Die Sinnesreize wirkten zwar anders auf diese Thiere wie auf gesunde. Sie schienen stumpfer gegenüber den Sinnesreizen und wussten die Sinneseindrücke nicht gehörig zu verwerthen, aber kein Fall kam zur Beobachtung, wo ein Thier einen Sinn vollständig verloren hätte.

Keiner der Hunde war absolut blind oder taub, keiner des Riechens und Schmeckens völlig unfähig. Jeder von ihnen besass auf allen Punkten der Haut und Schleimhaut Empfindung.

Der Flourens'sche Satz, dass nach theilweiser Wegnahme des Grosshirns die Intelligenz nicht herabgedrückt werde, ist nur theilweise richtig. Nach Entfernung einer Grosshirnhälfte ist allerdings die Intelligenz in manchen Fällen nicht merklich beeinträchtigt. So wie aber beide Hemisphären in einiger Ausdehnung verstümmelt sind, ist die Störung der Intelligenz stets dauernd und deutlich vorhanden. Im allgemeinen ist es wohl richtig, dass der Grad des Blödsinnes nach Ver-

stümmelung der Grosshirnrinde gleichen Schritt hält mit der räuml
Ausdehnung der Verletzung. Nach Entfernung der beiden hi
Quadranten pflegt der Blödsinn viel auffälliger zu sein als nach
nahme der beiden vorderen. Es ist demnach unmöglich, irgend
abgegrenzte Partie der Grosshirnrinde als ausschliessliches Ce
organ der Intelligenz anzusehen, aber auch dem Gemüth und den Le
schaften lässt sich kein umschriebener Wohnsitz anweisen. Hunde
mehr als Quadranten des Grosshirns verloren haben, zeigen noch F
am Zusammensein mit Menschen und deutlichen Geschlechts
Jedoch bei noch ausgedehnterer Verwüstung des Grosshirns er
der Geschlechtstrieb vollständig. Demnach sind die Aeusserunge
Geschlechtstriebes an das Grosshirn gebunden und es ist dur
falsch, noch nach der Idee Galls in das Kleinhirn den Sitz des
schlechtstriebes zu verlegen, wie das auch bewiesen wird durc
Verhalten eines kleinen Hundes, dem Verfasser einen erheblichen
aus dem Kleinhirn auslöffelte, der die taumelnden Bewegunge
Kopfes und Körpers sehr deutlich zeigte, aber einen sehr leb
Geschlechtstrieb verrieth. Am Schlusse fasst der Verfasser die E
nisse seiner Versuchsreihe in dieselben Sätze zusammen, die au
älteren Versuchen hervorgingen.

1. Die Annahme umschriebener gesonderten Funktionen dien
Centren innerhalb der Grosshirnrinde ist unhaltbar.

2. Es gibt also keinen Abschnitt der Grosshirnrinde, der
schliesslich dem Sehen, keinen der ausschliesslich dem Hören, Rie
Schmecken oder Fühlen gewidmet ist.

3. Es ist unmöglich durch irgend welche begrenzte Zerst
der Grosshirnrinde irgend einen Muskel dauernd zu lähmen oder
nur dem Einfluss des Willens zu entziehen.

4. Die Lebensäusserungen, aus welchen wir auf Intelligenz,
müth, Leidenschaften, Naturtriebe schliessen, hängen nicht von fu
nell gesonderten Abschnitten der Rinde ab.

5. Zerstörungen der vorderen Abschnitte der Grosshirn
bringen Ausfallserscheinungen hervor, die sich in einigen Pu
unterscheiden von denjenigen, die nach Verlust der hinteren Absc
eintreten. Diese Unterschiede sind vielleicht durch die gleichz
Verletzung der zum Hirnstamme führenden Leitungsbahnen z
klären.

Koc

---

363. De la cachexie pachydermique (myxoedeme des auteur glais). Gaz. d. hôpit. 1881. Nr. 107.)

In der revue clinique wird eine Arbeit von G. Ridel-Sai
über obigen Gegenstand besprochen, in welcher derselbe auf G
der bisherigen und einer neuen eigenen Beobachtung zu folgende
sultaten gelangt:

Die cachexie pachydermique ist charakterisirt durch zwei R
von Symptomen, Hautsymptome und nervöse Symptome.

Die Hautsymptome sind: allgemeines Oedem, Verdickung, Rauhheit, Härte, Trockenheit der Haut, welche dem Gesicht und den Extremitäten ein ganz besonderes Aussehen geben; das Gesicht ist abgerundet, die Lieder sind gedunsen, die Lippen verdickt; die Extremitäten sind plump und formlos, ähnlich denen der Pachydermen.

Die nervösen Symptome sind: fortschreitende geistige Schwäche, Apathie, physischer und intellektueller Torpor, langsame, behinderte Sprache, alle Bewegungen sind im allgemeinen langsam und mühsam, Abschwächung der Sinne; zugleich mit diesem geistigen Schwächezustande von Zeit zu Zeit maniakalische Erregung oder melancholische Niedergeschlagenheit.

Die Temperatur ist beständig mehr oder weniger unter der Norm.

Der Verlauf der Krankheit scheint ein progressiver zu sein; die Dauer derselben betrug in den Fällen, welche man bis zum Ende verfolgen konnte, 11 bis 12 Jahre. Die Kranken erliegen Complikationen von Seiten des Herzens oder der Nieren; einige Zeit vor dem Tode erscheint Eiweiss im Harn.

E. Bardenhewer.

---

364. **Dr. Fritz, Zur Lehre von den Empyemen.** Aus der propädeutischen Klinik zu Berlin. (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. III. Heft 1. pg. 109.)

Verf. stellt eine Reihe von beobachteten Empyemen zusammen, nicht in der Absicht eine bestimmte Operationsmethode zu empfehlen, sondern um die Wichtigkeit der Unterscheidung von Empyemen nach Aetiologie für die Prognose und für die Wahl des operativen Verfahrens zu beleuchten.

I. Empyeme nach Lungengangrän.

Beobachtet in 4 Fällen. Der erste betrifft eine Patientin, die durch puerperale Sepsis einen gangränösen Herd der Lunge acquirirt. Dieser inducirt putride Pleuritis. Resection der 7. Rippe in der hinteren Axillarlinie, Entleerung von 300 cc putriden Eiters, Ausspülung mit 0,1 % Thymollösung. Die Putrescenz hört erst auf nach Entleerung des abgestossenen Lungeninfarctes durch Extraction. Die Heilung, etwas erschwert durch Communication der Abscesshöhle mit einem Bronchus tritt aber so vollständig ein, dass Pat. ohne erhebliche Deformität des Thorax 4 Monate nach der Operation entlassen wird.

Im 2. Falle hatte eine Frau aus unbekannter Ursache Lungengangrän, deren Folge ein abgekapselter Pyopneumothorax war. Mässiges Fieber, Dyspnoe, stechende Schmerzen. Die Probepunction entleert putrides, eitriges Material mit Mikrokokken, Fettnadeln, Hämatoidinkrystallen. Darauf Resection der 8. Rippe in der hinteren Axillarlinie. Ausspülung mit Thymollösung, schnelle Besserung, Heilung ohne wesentliche Deformität. Entlassen 3 Monate nach der Eröffnung.

3. Fall. Im Anschluss an einen Ileothyphus acquirirt I
am Tage nach dem ersten Aufstehen eine mässige Pleuritis; da
sudat wächst und die Probepunction verräth seine putride, eitri
schaffenheit. Thoracotomie. Schnelle Heilung.

4. Fall. Gangraena traumatica, Empyema putridum, Puncti
Aspiration. Dabei Durchbruch des gangränösen Herdes. Haem
Thoracotomie. Exitus letalis.

II. Empyeme nach Pneumonie.

Im ersten Fall wird der Dyspnoe wegen die Punction eines
Pneumonie entstandenen Empyems gemacht und werden 1300 cc
entleert. Dann Thoracotomie, Heilung nach vorübergehendem
tigem Verschluss der Fistelöffnung.

Auch im 2. Falle trat Heilung ein, nachdem der Puncti
Thoracotomie nachgeschickt und dadurch das wiederangesammelt
sudat abgelassen war.

Auch in allen 4 übrigen Fällen wird Heilung gesehen na
Thoracotomie: im einen trat Epyema necessitatis auf, im andere
pyema putridum im Anschluss an Lungengangränn, im 3. Ga
Pyopneumothorax, Ausstossung von Parenchymfetzen; im 4. Fall
foratio in pulmonem, auch im folgenden Ausstossung des necro
Lungentheils durch die Incisionswunde.

III. Empyeme nach primärer Erkrankung der Pleura.

Eine rechtsseitige Pleuritis serosa soll durch Punction e
worden sein, nach einigen Monaten wurde ein eitriges Exsuda
statirt; Thoracotomie. Fieber dauert an und wurde Febris hectica,
loiddegeneration, Exitus letalis. Während die comprimirte recht
die linke Lunge vollständig gesundes Gewebe hatten, war die
Pleura pulmonalis et costalis in eine dicke Schwarte verwandel
mit verkästen Partieen und Tuberkeln durchsetzt.

Auch im zweiten Falle langsam sich entwickelnde Pleuriti
primäre Erkrankung der Lungen. Umwandlung in eitriges Ex
Perforation in die Lunge ohne Pneumothorax. Eröffnung durch S
ohne wesentlichen Erfolg. Exitus letalis nach Complication mit s
Pleuritis der anderen Seite und hämorrhagischer Nephritis.

In einleuchtendem Widerspruch stehen die ungünstigen Au
der primären Pleuraentzündungen zu den secundären. Von diesen
die günstigsten Chancen Empyeme, die durch peripher gelegene
gränöse Herde inducirt wurden.

Aus dem klinischen Verlaufe wird besonders hervorgehob
Abstossung necrotischer Parenchymfetzen, die Entstehung von L
fisteln auch ohne freie Communication mit dem Bronchialbaum
freier Communication tritt oft in Hustenstössen die zur Auss
benutzte Flüssigkeit in die Lunge und in den Mund.

Bezüglich der Therapie werden zunächst der Punctionsmetho
schiedene Uebelstände nachgewiesen. Von solchen vermeidet einze
Methode Baelz und Kaschimura, noch besser die Methode S en
„welcher sich die Aufgabe stellt, die Pleurahöhle in gefahrloser
zu entlasten und den Eiter durch eine unschuldige Flüssigke
wärmtes Salicylwasser (1:300—500) allmählich mehr und me
verdünnen".

„Bei den putriden Empyemen, darüber herrscht Einigkeit der Meinungen, ist die Operation durch Schnitt die einzig zulässige Methode, die Punction nutzlos, und, weil zeitraubend, schädlich; die Aspiration .... gefährlich".

„Bei drohender Suffocation dürfte die vorläufige Entleerung einer mässigen Quantität des Ergusses durch Punktion indicirt sein".

Bei Empyemen bei Lungenphthise pflegte die Radical-Operation nicht gemacht zu werden. Bei Anwachsen des Exsudats wurde durch aspiratorische Punction ein Theil entleert und dadurch öfters längere Zeit ein erträglicher Zustand erhalten. Bei einem Phthisiker mit Pneumothorax wurde der Versuch gemacht die Luft zu aspiriren. Noch 5 Wochen nachher war das Exsudat ebenso zellenarm wie im Beginn der Therapie, da trat neue Perforation ein und bald darauf rein eitrige Beschaffenheit des Exsudats.

Finkler.

---

365. **Influence de l'hydropneumothorax sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.** (Gaz. des hôpit. 1881. Nr. 90 u. 110.)

Zum Beweise des von Toussaint und Hérard auf Grund von in der Literatur zerstreuten Angaben und von eigenen Beobachtungen aufgestellten Satzes: „dass, wenn in der grossen Mehrzahl der Fälle der im Verlaufe der Phthise auftretende Hydropneumothorax eine gefährliche, sehr häufig tödliche Complikation darstellt, derselbe in einer gewissen Zahl von Fällen, häufiger, als man anzunehmen geneigt ist, einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Phthise ausübt, indem er den Fortschritt derselben hemmt und so für den Kranken ein unerwartetes Heilmittel wird"; theilt die Gazette folgende zwei Fälle mit:

1. Polirer, 32 Jahre alt, litt seit 6 Monaten an Husten mit zähem, schleimigeitrigem Auswurf, er magerte ab und verlor seine Kräfte, als er während eines Hustenanfalls von heftigem Schmerz in der linken Seite mit starken Oppressionsgefühl befallen wurde. Bei seiner Aufnahme in's Hospital konstatirte Dumontpallier einen Hydropneumothorax; die rechte Lunge war vollkommen gesund. Bald machte sich eine bedeutende Besserung geltend, Husten und Auswurf verloren sich, die Kräfte kehrten wieder. Der linke Pleuraraum ist noch mit Luft und (wenig) Flüssigkeit gefüllt. Im Uebrigen befindet Patient sich ganz wohl.

In dem 2. Falle (Paul Meusnier, de Blois) handelte es sich um einen Phthisiker, dessen ganze rechte Lunge von Infiltrationsheerden und Kavernen durchsetzt, und dessen Allgemeinbefinden sehr schlecht war. Derselbe acquirirte einen Pneumothorax, und bald liessen Husten und Fieber nach und das Allgemeinbefinden besserte sich in hohem Grade. Nach einem halben Jahre trat in Folge einer Erkältung be-

deutende Vermehrung des Exsudates ein, welche die Punktion nöt
machte. Bald jedoch vermehrte es sich von Neuem und der Kranke st

Die günstige Wirkung der Pneumothorax auf die Lungenkrank
kann von kürzerer oder längerer Dauer sein. Dieselbe ist bedi
durch die Compression der Lunge, die Aneinanderlagerung der Caver
Wände, die Anämie des Lungengewebes und der Krankheitsprodu

E. Bardenhewe

---

366. A. Chantemesse, Note sur un cas de cirrhose hypertrophi avec ictère. Ein Fall hypertrophischer Cirrhose mit Ikterus. progr. méd. 1881. N. 38.)

G. 57 Jahre alt, Vergolder, litt seit fünf Jahren an Ikterus;
einem Monat sind die Füsse hydropisch; die Leber ist beträcht
vergrössert, ebenso die Milz, kein Ascites; im Harn Gallenfarbs
kein Eiweiss, kein Zucker; bald nach der Aufnahme in's Hospital
schlechterte sich das Allgemeinbefinden, welches bisher gut gewe
war, unter Auftreten von Purpuraflecken an den Beinen; Nasenblu
stellt sich ein, der Harn wurde schwarz, es entwickelte sich Bronch
katarrh und Lungenödem mit Auswurf von schwarzem Blut, es bild
sich Ascites aus, und nach zwei Monaten starb der Kranke. Bei
Sektion finden sich im Abdomen mehrere Liter Ascitesflüssigkeit; ke
Peritonitis; dagegen ist das Peritoneum mit kleinen Knötchen (
berkeln) bedeckt; die Leber wiegt 1800 gr; die Oberfläche dersel
ist grünlich gefärbt mit brauner Marmorirung; die Gallenblase und
grossen Gallenwege sind von normalem Volumen und enthalten k
Concrement; die Vater'sche Ampulle ist intakt. Die Consistenz
Leber ist vermehrt. Auf dem Durchschnitt ist der Anblick verschie
je nach der mehr oder weniger starken Bindegewebs-Entwicklung;
einzelnen Stellen ist die grauröthliche Farbe desselben so sehr
herrschend, dass man dazwischen nur hier und da kleine stecknad
kopfgrosse, dunkelgrüne Knötchen von Lebergewebe bemerkt; an ande
Stellen finden sich nur dünne Bindegewebszüge. An den ersteren Stel
sind die Leberzellen atrophirt, enthalten keine Fetttröpfchen; sie s
mit Pigmentkörnchen gefüllt, zum Theil ganz zerfallen; die Zerstör
ist um so grösser, je näher an der Peripherie der lobuli; von dersel
dringen Embryonalzellen zwischen die atrophirten Leberzellen
Die Embryonalzellen finden sich am zahlreichsten in der Nachbarsc
der Gallenkanälchen und scheinen von der Epithelbekleidung dersel
auszugehen. An den anderen Stellen (mit geringerer Bindegewebs
wicklung) sind die Leberzellen mit Fetttröpfchen und Pigmentkörnc
angefüllt, Kern und Protoplasma verdrängt; andere Zellen sind atrop
und zerfallen. — Es handelt sich um zwei verschiedene Affektion
einmal um Zerstörung durch neugebildetes Bindegewebe und zweit
um diejenigen Veränderungen, welche der Ikterus gravis häufig
sich bringt. — Die Bindegewebszüge sind nicht von gleichmässi

Stärke und schnüren die Leberzellen nicht „methodisch" ein, wie bei Laennek's Cirrhose. Sie sind vielmehr ungleichmässig, zeigen hier und da Anschwellungen und sind nicht scharf abzugrenzen von den lobuli. Die Sclerose hat nicht durch ringförmige Compression das Parenchym zerstört, sondern von der Peripherie aus ist die Proliferation (Embryonalzellen) gegen das Centrum der lobuli vorgeschritten, auf diesem Wege einzelne Zellhaufen zerstörend. — Die Arterien sind wenig verändert, die Venen zeigen vielfach eine fibröse Transformation; die Gallengänge dagegen haben bedeutende Veränderungen erlitten. Die Wandungen derselben sind beträchtlich verdickt, und ihr Lumen ist fast vollständig ausgefüllt mit proliferirenden Epithelzellen. Um den perilobulären Gallengang und in dem Bindegewebe finden sich äusserst zahlreiche Gallenkanälchen, kennbar durch ihr Epithel; sie sind durch Proliferation der Epithelzellen ausgefüllt und zum Theil aufgetrieben, und auch die oben erwähnten Embryonalzellen scheinen nichts weiter zu sein als das Produkt der Entzündung dieser Kanälchen.

Dieser Befund, welchen C. als ein Beispiel für die von Hanot und Charcot beschriebene Krankheitsform aufstellt, ist also charakterisirt auf der einen Seite durch den chronischen Ikterus, den langsamen Fortschritt der Symptome, welcher das Allgemeinbefinden lange Zeit hindurch wenig schädigt, die Abwesenheit von Ascites und den Exitus durch Ikterus gravis; auf der anderen Seite durch die Hypertrophie der Leber und der Milz, die Sclerose des Lebergewebes in Verbindung mit der abnormen Entwicklung von Gallenkanälchen, die diffuse katarrhalische Entzündung dieser Kanälchen, welche zur Retention der Gallen-Elemente nach aufwärts von dem Hindernisse führte.

E. Bardenhewer.

---

367. **Prof. M. Roth, Beobachtungen über die Gallensteinkrankheit.** Vorgetragen am 7. Juli 1881 in der medicinischen Gesellschaft zu Basel. (Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte. Nr. 16. 1881.)

I. Zur Aetiologie der Gallensteine.

Nur die Leichenstatistik gibt genauere Auskunft über die Häufigkeit. Auf 2028 Sektionen wurden 166 Mal Gallensteine notirt, d. h. bei 8,18 % aller untersuchten Leichen. Dabei wurde gefunden, dass auf 2 mit Gallensteinen behaftete männliche Leichen 5 weiblichen Geschlechts kommen. Diese Zahlen stimmen mit den Befunden in Dresden und Basel (Fiedler) gut überein. Die Zusammenstellung nach dem Lebensalter ergibt eine mit zunehmendem Alter rasch ansteigende Häufigkeit der Gallensteine. Die 3 jüngsten Individuen mit Gallenconcrementen waren Mädchen von 17, 19 und 20 Jahren. Erst vom Beginn des 3. Decenniums ab kommen Gallensteine besonders beim weiblichen Geschlechte häufiger vor.

Da die Concremente weitaus am häufigsten im geräumigsten Abschnitt der Gallenwege, in der Gallenblase vorkommen, und ihre Zu-

sammensetzung, meist ein Gemisch von Cholestearin mit Calcium
und Bilirubincalcium (Pigmentkalk) auf eine Bildung durch Ze
der Galle hinweist, so scheint der Grund für die Entstehung de
steine ein lokaler zu sein: Niederschläge aus stagnirender u
zersetzender Galle. Dies steht also entgegen der Auffassung,
mehr oder weniger ausschliesslich allgemeinen Einflüssen, de
rungsweise und der Blutmischung, die Entstehung der Gallens
schreibt. (Klebs, Beneke, gesteigerte Cholestearinprodukt
Zusammentreffen von Gallensteinen mit atheromatösen Prozessen
Roth kommt die Gallensteinbildung ebensowohl bei gesund
sonst kranken Individuen vor.

Die Heredität der Gallensteinkrankheit (Fouconneau-I
ist nicht vollständig erwiesen. R. citirt eine sehr merkwürdi
achtung, wo drei Glieder einer Familie. Vater, Sohn und N
Cholelithiasis litten. Aber das heriditäre Moment sucht Ro
in einer Disposition zur Steinbildung, sondern in einer grösse
barkeit oder Vulnerabilität der Gallenwege, die sich in eine
neren Verlauf der Cholelithiasis zu erkennen gibt. Wenn d
und das weibliche Geschlecht entschieden disponirt, so kann da
Grund haben in Störungen, welche beide für die Gallene
setzen, die senile Disposition würde in der Erschlaffung und
tätsabnahme der Gewebe und daher rührender Erweiterung de
wege liegen, die des weiblichen Geschlechtes in sitzender Leb
und Schnüren der Brust begründet sein, womit Knickung der
blase, Abwärtsdrängung des vorderen Leberrandes zusammenhä

II. Verlauf und Ausgänge der Cholelithiasis.

Bei dem gutartigen Verhalten der Mehrzahl von Gal
erkrankung werden die Concremente oft nur zufällige Sektion
darstellen; Heilung ist insofern denkbar, als es Wiederauflös
Concremente und Verkleinerung gibt. „Die Lösung des Cho
könnte durch einen Ueberschuss an gallensauren Alkalien bewi
den, und kommt vielleicht ähnliches bei geeigneten Trinkkuren
bad, Vichy) zu Stande."

Häufiger gehen die Concremente auf natürlichem Wege d
Gallengänge ab. Dabei sind Erweiterungen des Gallengangs
Die Gallensteinkoliken sind durch Einkeilung verschuld
von den Steinen verschuldeten lokalen Veränderungen sind e
catarrhalische Zustände oder ulceröse Cholecystitis und Cho
Aber solche Ulcerationen verheilen oft und hinterlassen stern
Narben. Seltener führen sie zu Perforationen und zwar 1) an
sten in die Bauchhöhle und dann zu fast immer allgemeiner Pe
2) fast ebenso ungünstig zu Perforationen ins retroperitoneale
webe (Pylephlebitis, Leberabscesse); 3) zu Perforationen in de
kanal.

Hierbei kommen drei Stellen besonders in Betracht, di
ihre topographischen Beziehungen für die Perforationen sehr
scheinen:

a) Durchbruch der Gallenblase (am Halse oder mehr gegen den Fundus hin) in die obere Umbiegung des Duodenum,

b) in das anliegende Colon transversum,

c) in das Duodenum nahe an dem ostium duodenale ductus choledochi.

Durch solche Gallendarmfisteln gerathen oft grosse Steine in den Darm, die ihrerseits hier wieder Erscheinungen machen können. Aber selbst nach Entleerung der Concremente können noch fortschreitende Abscedirungen der Leber eintreten. Zur Illustration dieser Sätze werden 11 Fälle näher mitgetheilt.

Bemerkenswerth ist aus der Besprechung der Mortalitätsziffer, dass ulceröse Entzündungen mit Perforationen der Gallenblase wie andere metastatische Entzündungen, im Verlauf des Typhus und der Cholera auftreten. Unter 172 Thyphussektionen wurde 9 mal catarrhalische Cystitis notirt. Bei der Beeinflussung der Gallensteinkrankheit durch Thyphus abdominalis ist nicht an eine vermehrte Bildung der Concremente, sondern an die Wirkung auf den Verlauf zu denken. „Der Infectionsprozess scheint eine Exacerbation dieser Folgeerscheinungen, eine grössere Malignität des Verlaufs herbeizuführen.“ Es gehen 3 % der Fälle von Gallensteinkrankheit mit Tod ab.

Finkler.

---

368. **Kelsch et Wannebroucq, Note sur deux cas de sarcôme du périteine et du tissu cellulaire rétro-péritonéal.** Zwei Fälle von Sarkom des Peritoneums und des retro-peritonealen Zellgewebes. (Le progr. med. 1881. Nr. 38.)

Die Verfasser begründen die Mittheilung der beiden Fälle mit der Seltenheit des Auftretens von Geschwülsten in der serosa abdominalis.

1. Ein 54 jähriger Fabrikarbeiter ging innerhalb fünf Monaten, unter Leibschmerzen und beständiger Diarrhoe marastisch zu Grunde. Bei der Sektion fand sich eine diffuse adhäsive Peritonitis; die durch Bindegewebszüge verklebten und in abnormer Lage befestigten Darmschlingen bedeckten eine aus dem kleinen Becken heraufragende enorme Caverne, welche mit dem ileum und mit dem rectum kommunicirte; dieselbe enthielt eine graue übelriechende, eitrige Flüssigkeit, und ihre Wandungen bestanden aus einem weichen, zerreiblichen, mit hämorrhagischen Flecken durchsetzten grauen Gewebe; in der Höhle schwammen freie Gewebsfetzen bis zur Grösse einer Nuss; an den Perforationsstellen waren die Intestinalwände in die Neubildung einbezogen. „Die Neubildung repräsentirt offenbar das Zellgewebe und die degenerirten retro-peritonealen Drüsen“. Dieselbe bestand fast ausschliesslich aus Spindelzellen, welche mit spärlichem Zwischengewebe zu sich verstrickenden Bündeln geordnet waren. Das Sarkom ist wahrscheinlich ausgegangen von dem Zellgewebe und nicht von den Lymphdrüsen,

welche wohl dem Lymphsarkom, sehr selten dagegen dem Cell
sarkom zum Ausgangspunkte dienen.

2. Die Patientin, 59 Jahre alt, litt seit zwei Jahren an Schme
im Leibe, die Kräfte nahmen ab, die Füsse schwollen an und
auch das Abdomen. Eine Punktion entleerte 7 Liter serosanguinole
Ascitesflüssigkeit; nach der Punktion fühlte man eine weiche diff
Geschwulst, welche ihre Lage nicht änderte; die Kranke starb kac
tisch. Bei der Sektion zeigte sich das kleine Becken und der u
Theil der Abdominalhöhle angefüllt mit einer weichen, grauwei
oder rosarothen, Mark-ähnlichen Masse, welche dem Peritoneum
dessen Faltungen adhärirt; ein dünner Wasserstrahl macht die M
zerfallen, und es bleibt nur ein äusserst feines fibrovaskuläres Str
welches vom Peritoneum ausgeht. Ausserdem finden sich drei g
Fibromyome des Uterus. Bei der mikroskopischen Untersuchung
sich die weiche Geschwulstmasse des Peritoneum zusammengesetzt
nach Grösse und Gestalt sehr verschiedenen zelligen Elementen;
sehr spärliche Stroma ist „une émanation du péritoine“ und wird fe
und spärlicher, je mehr es sich vom Peritoneum entfernt; die in
selben verlaufenden mit Blut gefüllten Gefässe haben äusserst deli
Wandungen. Es handelte sich also um ein weiches Sarkom des
toneum; während des Lebens schwankte die Diagnose zwischen T
kulose und Karzinose desselben.

E. Bardenhewe

---

369. **J. Fischel, Ueber einige Ursachen von transitoris
Albuminurie.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXIX. S.

Zu den mannichfachen, schon bekannten Ursachen und Einflü
die eine vorübergehende Eiweissausscheidung im Harn herbeizufü
im Stande sind, wobei jedoch auf Grund genauerer Untersuchung,
sorgfältiger Erwägung der begleitenden Momente eine materielle
änderung der Nieren ausgeschlossen werden muss, fügt F. an der
einer Reihe von Beobachtungen neue Quellen für das Zustandekom
einer transitorischen Albuminurie.

Derselbe fand in dem Harn von Individuen, die an einer in
siven und länger dauernden schmerzhaften Affection
Unterleibsorgane erkrankt waren, in mehreren Fällen Eiw
während bei leichteren Paroxysmen, welche rascher vorüber gi
diese Erscheinung gewöhnlich fehlte. In einzelnen Fällen war
Eiweissausscheidung nur eine kurzdauernde, flüchtige, in andern dag
zog sich dieselbe über Tage ja Wochen hin.

In gleicher Weise verschieden war auch die Menge des vorü
gehend ausgeschiedenen Albumins, indem dasselbe oft nur spurw
dann wieder sich in grossen Massen vorfand. Constant war eine
minderung der Harnmenge, wechselnd und schwankend das sp
Gewicht.

Von pathologischen Formbestandtheilen fanden sich nicht selten Epithelien der Harnkanälchen, ausnahmsweise einzelne hyaline Cylinder; ohne dass jedoch auf Grund dieses letzteren Befundes eine entzündliche Nierenaffection angenommen werden konnte.

Die in 10 ausführlichen Krankengeschichten mitgetheilten Fälle schmerzhafter Abdominalaffectionen, in deren Gefolge transitorische Albuminurie, einigemal bei Wiederholung der Schmerzanfälle neuerdings zur Beobachtung kam, waren verschiedener Natur. In 5 derselben handelte es sich um intensive Cardialgien (darunter einmal bei einem Carcinomkranken), einmal um eine heftige Enteralgie, 2 mal um Gallensteinkolik, weiterhin um einen den Menses vorausgehenden Kolikanfall, endlich um einen durch die Incarceration einer Inguinalhernie hervorgerufenen Schmerzanfall.

Auf das in diesen Beobachtungen wiederkehrende gemeinsame Moment, das Auftreten von Collaps und Shokerscheinungen legt F. das Hauptgewicht, und sucht dieses mit dem Zustandekommen der Albuminurie in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Analog anderweitigen Beobachtungen und Auffassungen über den Shok, welche denselben als einen reflectorischen Vorgang, als eine Reflexparalyse des Splanchnicus ansehen, kann auch in den angeführten Fällen an einen ähnlichen reflectorischen Act gedacht werden, dessen Ausgangspunct in den stark gereizten Nerven der Unterleibsorgane zu suchen ist. Die dabei auftretende Ansammlung des Blutes in den weiten Gefässräumen des Abdomens, welche neben venöser Stase in den Nieren, bei der gleichzeitig verminderten Herzenergie eine Herabsetzung des arteriellen Drucks in den malpighischen Gefässen hervorruft, bildet mit Zugrundelegung der Runeberg'schen Filtrationstheorie die Erklärung der transitorischen Albuminurie.

Dass wirklich in dem Collaps und in dem durch denselben bedingten Symptomencomplex die Erscheinung der vorübergehenden Eiweissausscheidung begründet sei, dafür scheinen dem Verfasser weitere Fälle und Beobachtungen beweiskräftig zu sein, wo der Collaps nicht durch die schmerzhafte Affection des Abdomens, sondern durch stärkere Blutungen entstanden war. Von 3 nach dieser Seite hin gemachten Beobachtungen waren 2 von positivem Resultat, es wurden in dem zuerst gelassenen Urin hinlänglich grosse Mengen Eiweiss nachgewiesen, während in dem 3. Fall sich nur hyaline Cylinder in ziemlich grosser Zahl constatiren liessen; Beobachtungen, welche nicht nur durch die Runeberg'sche Theorie erklärt werden können, sondern derselben sogar, im Fall noch weitere ähnliche Erfahrungen gemacht würden, eine ihrer festesten Stütze zu geben im Stande wären.

Dass jedoch gleichwohl nicht in allen unter ähnlichen, wie den mitgetheilten Erscheinungen verlaufenden Fällen Albuminurie vorübergehend beobachtet werde, dafür müsse man eine gewisse individuelle Disposition, eine bis dahin noch unbekannte Grösse in Rechnung bringen.

Im Anschluss an diese Arbeit berichtet Verf. noch über 2 Fälle von transitorischer Albuminurie bei Darmkatarrh, bei welcher morphotische Elemente im Harnsediment nicht aufgefunden werden konnten.

Diese Beobachtungen bilden zu gleicher Zeit eine Ergänzung und

Erweiterung der in einer früheren Arbeit (Prager Vierteljahrss
1878. III. S. 28) bekannt gegebenen Erfahrungen über das Auft
von Cylindern im Harn bei Darmkatarrh ohne gleichzeitige Eiw
ausscheidung (eine vorübergehende Nephritis leichtesten Grades)
die ebenfalls bei solchen Affectionen beobachtete Albuminurie mi
spärlichen hyalinen Cylindern und Abwesenheit aller andern For
standtheile.

Durch fortgesetzte Untersuchungen und Achten auf diese
kommnisse konnten letztere in wiederholten Fällen bestätigt we

Hindenlang (Freibur

---

370. **Ernst Berg, Mittheilungen über Stickstoff-Inhalationen Lungenkrankheiten nach Dr. E. Trentler.** (St. Petersb. me Wochenschr. 1881, Nr. 35.)

B. hat nach dem Vorgange von Trentler eine Reihe vo
chronischer Pneumonie und Bronchial-Katarrh behafteten Kr
Stickstoff-Inhalationen machen lassen. Er bediente sich des Sch
Waldenburg'schen Doppelapparates; 5—15 %, 10—20 Pfd. Bela
5 Cylinder täglich. Die von ihm erzielten Erfolge sind ausserorde
günstig. „In kurzer Zeit, in 4—6 Tagen hörte der Husten vollst
auf", oder „es trat bedeutende Besserung des Allgemeinzustande
Verringerung des Hustens ein". B. stimmt Trentler vollständi
welcher die Vortheile seiner Methode in folgenden Punkten finde

1. „In der leichten Einführbarkeit aller Arten, wodurch
Minderbemittelten sie zugänglich sind. Hospitäler, Privatärzt
namentlich Specialisten — nicht bloss, nöthigenfalls Familien k
sie im eigenen Hause (natürlich unter ärztlicher Leitung) anwe
Darauf folgt;

2. die sofortige Verwendbarkeit beim ersten Beginn der E
kung, ein Vorzug von unbestreitbarer, prognostischer Wichti

3. die Vermeidung des Heimwehs, jenes schlimmen Fa
den die Trennung von Heimat, Haus und Familie, man kann
setzen Amt, im Gefolge hat;

4. in der verhältnissmässigen Kürze der durchschnittlichen
dauer, sowie darin, dass ein Nichterfolg sich bald genug heraus
um etwa nöthige andere Kuren anzuwenden;

5. in der Möglichkeit, alle anderen Kurmittel damit zu verb
als Medikamente, Brunnen- und Milchkuren, Gymnastik, Bäder,
kuren u. s. w.;

6. im Individualisiren, d. h. der Möglichkeit, jedem Ein
entsprechend Modifikation der Qualität und Quantität des Inhala
gases eintreten zu lassen;

7. in der leichten Ausführbarkeit etwa nöthiger Wiederh

der Kur, sobald Verschlimmerung (Recidive) eintreten, und zwar zu jeder Jahreszeit;

8. in der verhältnissmässigen Billigkeit des Verfahrens, besonders bei privater Anwendung desselben;

9. endlich, und dies Moment halte ich für ein ganz besonders wichtiges, in dem Umstande, dass die Kranken nicht desacclimatisirt werden".

E. Bardenhewer.

---

371. **J. Andeer, Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Resorcins.** (Centralbl. für medicinische Wissenschaft 1881. Nr. 36. S. 857.)

Verf. rümt die Wirkung des Resorcins bei Blasenleiden und Hautaffectionen. Gestützt auf wiederholte an sich selbst gemachte Versuche, welche erwiesen, dass 5,0 Resorcin in wässeriger Lösung mit Dieulafoy'scher Spritze auf einmal in die gesunde Blase gespritzt ohne reactive Erscheinung ausnehmend gut vertragen werden, verwendete Verfasser das Resorcin bei den verschiedensten Blasenleiden und überzeugte sich in 156 Fällen von der Superiorität dieses Mittels über alle anderen. Während bei acuten, durch Gonorrhoe hervorgerufenen Blasenkatarrhen 2—3 malige Einspritzungen einer 5 procentigen Lösung, bei chronischen eine solche von 5—10 procentiger zur Heilung führten, genügten bei einfachen Blasenkatarrhen einmalige Einspritzungen einer 1—3 procentigen Resorcinlösung. In einem Falle wurde sogar eine langjährige chronische Cystitis durch eine einzige Einspritzung einer 10 procentigen Lösung dauernd geheilt. Bei Blasenkrebs empfiehlt Verfasser starke (50 procentige) Einspritzungen zur Desinfection.

In gleichem Masse wirksam erwies sich das Resorcin bei Hautaffectionen; während die gesunde Haut das Resorcin nicht resorbirt, durch dasselbe nicht einmal verfärbt wird, findet bei pathologischen Zuständen, sowohl Läsionen im chirurgischen Sinne, als auch Alterationen in der physiologischen Function derselben Resorption statt, wofür eine specifische Verfärbung der Haut und sichere Heilresultate sprechen, die bei Erysipel, Scarlatina, Variola, Pemphigus, Rupia, Lepra und bei allen durch Einwirkung lebender Organismen hervorgerufenen Hautkrankheiten erzielt werden. Ebenso glänzende Erfolge zeigte das Resorcin in Salbenform bei Verwundungen mit gleichzeitiger Infection z. B. in vielen Fällen sogenannter Leichenvergiftung, ferner bei Hautverbrennungen, Hautgeschwüren etc. Empfehlend für die Anwendung des Resorcins ist die Thatsache, dass die mit diesem Mittel behandelten Haut- resp. Schleimhautdefecte nicht mit Narbenbildung, sondern mit der Bildung neuer Epithelien resp. Epidermis heilen.

W. Rühle.

Neue Bücher.

Bridau, De l'oesophagotomie contre les rétrécissements de l'oe
Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Bruchet, Contribution à l'etude des rapports des affections rénales
maladies chirurgicales. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Bubendorf, Considérations sur l'enchatonnement du placenta. Na

Dupré, Action des alcalins surtout à doses fortes et massives sur
la bile et les urines. Lyon.

Hennig, Henke & Vierordt, Geschichte der Kinderkrankheiten. A
und Physiologie des Kindesalters. Zweite umgearbeitete und ve
Aufl. Mit 68 Holzschnitten. (Gerhardt's Handb. der Kinderkra
I. 1). Tübingen, H. Laupp'sche Buchhandlung. 10 M.

Jacobson, Ueber Narbenstrikturen in dem oberen Abschnitte de
rationswege. (Sammlung klin. Vorträge 205.) Leipz. Breitkopf &
75 Pf.

Jacquin, Essai sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la
en plaques, Nancy.

Kocher, Die antiseptische Wundbehandlung mit schwachen Chlorzink
in der Berner Klinik (Samml. klin. Vorträge 203/4). Leipzig, B
& Härtel. 1 M. 50.

Loomis-Beneke, Zur climatischen Behandlung der Lungenschwi
Norden, H. Braams. 1 M.

Mandelstamm, Die Lehre vom Glaucom (Samml. klin. Vortr. 206)
Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Morlot, Sur une forme gravé de l'épilepsie. Paris.

Pancritius, Ueber Lungen-Syphilis. Erfahrungen aus der Praxis.
Hirschwald. 7 M. 60.

Rauque, De la péritonite dans la fièvre typhoïde. Paris, Davy.

Ruet, Recherches sur l'inertie utérine pendant l'accouchement. Lyo

Salvy, De la coexistence de la méningite suppurée et de la pneum
troisième, Degré. Paris.

Vassilesco, Etude sur quelques uns des signes stéthoscopiques de
résie. Paris.

Vayssettes, Etude clinique sur l'accouchement prématuré accidente
de recherches historiques et cliniques sur l'accouchement pr
artificiel à Lyon. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Wecker et Masselon, Ophthalmoscopie clinique. Avec 40 photo
hors texte. Paris.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **8. Oktober.** **Nro. 26.**

372. **Löwenberg, Le furoncle de l'oreille et la furonculose.** Der Furunkel des Ohres und die Furunkulose. (Progr. médic. 1881. Nr. 27. 29. 30. 32. 33. 34 und 35.)

Nachdem im vorigen Jahre Pasteur die Anwesenheit von Mikrokokken in Furunkeln entdeckt hatte, gelang es auch L. dieselben in noch geschlossenen Furunkeln des Gehörgangs nachzuweisen; die Kulturen ergaben dieselben Gebilde, welche Pasteur beschrieben hat. Hüber hatte schon a. 1874 die Entstehung der Furunkel durch die Gegenwart einer bestimmten Species von Schizomyceten (Nägeli) behauptet. Auch L. findet die Ursache der Entstehung von Furunkeln in einer Invasion keimungsfähiger specifischer Organismen, welche aus der Luft oder aus dem Wasser stammen. Die reichliche Gegenwart derselben, selbst in destillirtem Wasser, erscheint nicht auffallend, wenn man bedenkt, wie klein und fein und widerstandsfähig die Elemente (Dauersporen) sind. Dass dieselben von aussen eindringen, darauf weist

auch das häufigere Auftreten von Furunkeln an den unbedeckten,
Luft und dem Wasser ausgesetzten Theilen des Körpers (Gesicht, Hä
Nacken) hin. Der betreffende Mikroorganismus scheint sich beso
zu vermehren in Gegenwart von sich zersetzenden organischen
stanzen; denn wir sehen Metzger, Gerber, Lumpensammler u.
am häufigsten befallen. Das epidemische Auftreten der Furunk
macht es wahrscheinlich, dass noch andere Umstände, und zwar a
spärische Einflüsse von Bedeutung sind. Am häufigsten sind die
demien im Frühling und im Herbst, dann, wenn Wärme zugleich
Feuchtigkeit vorherrscht. Kommt nun der specifische Mikroorganis
in Luft oder Wasser, in Kontakt mit der Haut, so bedarf er, um
dringen zu können, einer Eingangspforte; diese findet er in den Schw
und hauptsächlich in den Haarbalgdrüsen (Eberth); die hygroskopi
Eigenschaft und die fettige Beschaffenheit der Haare tragen dazu
ihn festzuhalten. In der That finden wir die Furunkel von e
Haartalgfollikel ausgehend, und auf seiner Spitze ein Haar.
zeigen sich die Furunkel mit Vorliebe an behaarten Stellen; an
Hohlhand und unter dem Fusse kommen sie gewöhnlich nicht vor.
der Kopfhaut, welche nur selten befallen wird, hält die Dichti
der Haare die Organismen fern; im Nacken, wo die Haare spärli
stehen, sind die Furunkel nicht selten. Einmal eingedrungen, ve
sachen die Mikroorganismen in der gefässreichen Haut heftige Ent
dung, und der Nervenreichthum der Haut, vielleicht auch die Sekre
einer besonders reizenden Substanz (Koch), erklärt zur Genüge
oft heftigen Schmerz.

Furunkel sind sehr häufig im Gehörgang und an der Münd
des Ganges in die Ohrmuschel. Die Ursache dafür liegt wohl da
dass von allen dem Zutritt der Luft und des Wassers ausgeset
Partien des Körpers keine für die Entwicklung der Organismen
günstige Bedingungen bietet wie die genannten. Der Gang ist w
und geschützt, die Künste der Toilette bleiben vielfach ihm fern; v
minöse Talgdrüsen öffnen sich in demselben, und am Tragus fi
sich Haare, welche oft eine beträchtliche Entwicklung erfahren. V
tebausch und Glycerin-Einträufelungen erschweren den Zutritt, r
(durch Exosmose) die Entwicklung der Keime: dagegen vermag
Luftzug, eine „Erkältung", wohl, dieselben selbst bis in die Drü
öffnungen einzuführen. Dass die Furunkel des Ohres bei Fra
häufiger sind als bei Männern, soll darin begründet sein, dass
Frauen den Mikrokokken zugängliche Haare nur an den Lidern, an
Augenbrauen und an den Ohren vorhanden, und die der Ohren
erwähnt, für die Aufnahme der Organismen am meisten befähigt s
Auch in den Achselhöhlen der Frauen sind die Furunkel häufig,
ähnlich wie bei Frauen sind die Verhältnisse bei Kindern.

Es ist bekannt, dass ein Furunkel oft von mehreren oder
vielen anderen gefolgt ist, welche nicht nur durch den Schmerz,
sie verursachen, sondern auch durch die Schädigung des Allgemei
findens, welche sie mit sich bringen können, unser Interesse verdie
Zur Erklärung jener Erscheinung dürfen wir nicht die Infektion du
das circulirende Blut annehmen; denn selbst bei Monate langem
stande der Furunkulose konnte Pasteur die Mikrokokken im B

nicht nachweisen; dagegen finden sie sich in den Furunkeln selbst immer, und in passenden Medien lassen sie sich züchten. Unter die Haut eingespritzt, bei Kaninchen und Meerschweinchen, erzeugen sie Abscesse, in welchen sich dieselben Organismen finden; in's Blut eingebracht, entwickeln sie sich nicht. Nichtsdestoweniger ist Pasteur der Meinung, es sei möglich, dass der Transport durch das Blut geschehe. Dagegen hält L. das meist gute Allgemeinbefinden bei Furunkulose für nicht vereinbar mit der Anwesenheit der Mikrokokken im Blut. Auch wäre es nicht verständlich, warum die Organismen immer nur in den von der Blutbahn aus schwer zugänglichen Haardrüsen sich ansetzen und Entzündung erregen sollten und nicht im Inneren des Körpers. Es handelt sich vielmehr nach L. bei der Furunkulose um eine Auto-Contagion oder Auto-Inokulation der Furunkel: Oeffnet sich ein Furunkel, so ergiesst sich der mit den specifischen Mikroorganismen geschwängerte Eiter in die Umgebung, dringt in andere Hautdrüsen ein und erzeugt dort neue Furunkel. So erklärt sich die tägliche Erfahrung, dass gerade in der Umgebung eines Furunkels neue entstehen; so wird es leicht verständlich, dass nach dem Bersten des am Eingang des Gehörgangs sitzenden ersten Furunkels andere in dem Gehörgange selbst auftreten; so ergiebt sich das Zustandekommen eines „konfluirenden Furunkels oder Anthrax“ aus mehreren Zonen benachbarter Furunkel. Nur für die forme grave du furoncle, welche im Gesicht und insbesondere an der Oberlippe auftritt, unter dem Bilde eines adynamischen Fiebers verläuft, und durch Thrombose der Sinus der dura mater, oder unter den Symptomen der putriden oder purulenten Infektion zum Tode führt, nimmt L. die Einwanderung der Kokken in das Blut an. Dann ergiebt die Sektion Entzündung und Thrombose der Venen, Abscesse in der Nachbarschaft des Furunkels, metastatische in den Eingeweiden, eitrige Pleuritis u. s. w., einen Befund, welcher nur durch die Irruption der Mikroorganismen aus dem Furunkel in das Blut erklärt werden kann. Dieselben finden sich auch wirklich sowohl in den entzündeten Venen als auch im Blut von an bösartigen Furunkeln Gestorbenen. Nicht alle Furunkel der Lippe nahmen solch' schlimmen Verlauf, welcher von den Autoren durch die besondere Beschaffenheit und Anlage der Gewebe, besonders der Venenplexus, an der Lippe erklärt wird.

Ausser dem epidemischen und dem durch gewisse Beschäftigungen hervorgerufenen Auftreten von Furunkeln, zeigen manche Individuen eine besondere Disposition zu furunkulösen Eruptionen. Dieselbe ist bald durch die Constitution, bald durch unpassende Ernährung, bald durch andere Krankheiten, besonders durch „septische“, z. B. den Typhus bedingt. Im Allgemeinen lässt sich behaupten, dass ein irgendwie geschwächter Organismus dem Eindringen des Giftes geringeren Widerstand entgegensetzt, und für unseren speciellen Fall spielen krankhafte Veränderungen in der Hautsekretion (Veränderungen der chemischen Reaktion und Composition, Stauungen u. s. w.) die Hauptrolle. Derartige Veränderungen stehen in enger Beziehung zu Veränderungen der Harnsekretion, so zur Albuminurie und zum Diabetes mellitus. Bei dem Diabetes ist es entweder der veränderte Stoffwechsel und die durch den veränderten Stoffwechsel verminderte Widerstandskraft des ganzen

Organismus und besonders der schlecht genährten, trockenen I
welche das Eindringen der Mikroorganismen, die Entstehung und
mehrung der Furunkel begünstigt; oder es ist der Zucker s
welcher, vorhanden in allen Säften des Körpers, auch im Schw
und in dem eitrigen Inhalt der Furunkel, das Gedeihen der M
kokken fördert, indem er demselben reichlichen Kohlenstoff li
Zwar ist es L. nicht gelungen, den Mikrokokkus des Furunke
Zuckerwasser zu kultiviren; aber es befinden sich im Körper n
dem Zucker die den lebenden Organismen unentbehrlichen Stick
substanzen und mineralischen Salze, und es unterscheidet sich auch
im Körper befindliche Zucker von den durch die Nieren abgeschied
(Cantani). Jedenfalls aber ist selbst in den leichteren Fällen von
betes der Schweiss durch den Zuckergehalt klebrig und dadurch
befähigt, die Organismen festzuhalten. — Es ist ferner eine h
konstatirte Thatsache, dass Furunkel vor oder mit dem Eintritt
katamenialen Periode auftreten. Zur Erklärung bietet L. die H
these, dass von einem Furunkel Kokken ausgegangen sind, und
in Hautdrüsen niedergelassen haben; hier ruhen dieselben als D
sporen, bis die bei vielen Frauen mit den Katamenien einhergeh
Schwächung des Organismus ihre Entwicklung ermöglicht.

Aehnlich wie die Auto-Contagion der Furunkel kann die
tagion auch von Person zu Person geschehen. Jeder Arzt kennt F
dass mehrere zusammenwohnende Personen von Furunkeln bef
wurden. Man kann dafür nicht die gemeinsamen Lebensbedingu
verantwortlich machen; denn die Personen werden nicht gleichz
sondern die eine wird nach der anderen befallen. L. gibt dafür
rere Beispiele.

. Wenn nun der Furunkel bedingt ist durch die Einwanderung
Vermehrung eines parasitären Mikroorganismus, so sind Feuchti
und Wärme (warme Umschläge) aus der Behandlung zu verban
Wir bedürfen eines Mittels, welches ohne die Haut zu reizen,
Organismus tödtet. Ein solches Mittel ist die Borsäure (Dumas, Lis
Ist der Furunkel noch nicht aufgebrochen, so incidirt L. Dad
könnte zwar dem Mikrokokkus der Zugang zu noch gesundem Ge
geöffnet werden; aber es wird dadurch auch ermöglicht, das Heilm
in den Heerd des Uebels zu bringen. Die Incision geht durch
Gipfel des Follikels und folgt, so viel als möglich, der Richtung
selben. Vorherige Aether-Pulverisationen machen die Operation schm
los. Nach der Incision werden Umschläge mit gesättigter, wässer
oder besser alkoholischer (antiseptisch) Lösung von Borsäure gem
Dieselben hemmen auch die Entwicklung der noch nicht geöffneten
schwülste, wohl dadurch, dass die alkoholische Lösung in die k
lären Follikel eindringt. Man könnte die Borsäure-Lösung auch
einer feinen Spritze in die Geschwulst einbringen. Um die Auto-
tagion und die Ansteckung eines Zweiten zu verhindern, empfiehl
die grösste Reinlichkeit und lässt den Furunkel und seine Umgel
mit der Lösung bedecken. Bei offenen Furunkeln wird man die
säure mit Erfolg auch als Streupulver verwenden. In den Gehörg
werden Einträufelungen gemacht und dadurch das Auftreten n
Furunkel verhindert. Die Furunkel werden dadurch, wie es sch

in einfache Abscesse verwandelt. In den nur in Verbindung mit anderen Krankheiten des Ohres vorkommenden Abscessen desselben finden sich die Mikrokokken nicht. Bei Furunkulose werden, ausser der jedem einzelnen Furunkel zugewendeten Therapie, täglich Waschungen des ganzen Körpers mit koncentrirter Borsäure-Lösung gemacht.

Zum Schlusse führt L. aus, dass das überaus häufige Auftreten von Furunkeln bei Soldaten, namentlich bei Kavalleristen mit seiner Theorie von der Entstehung und Verbreitung der Furunkel im besten Einklang stehe.

E. Bardenhewer.

---

373. **Revilliod, Remarques au sujet de l'épidémie de fièvre typhoïde observée à Genève au printemps de 1881.** Bemerkungen über die im Frühjahr 1881 in Genf beobachtete Typhusepidemie. (Rev. méd. de la Suisse Rom. 1881. Nr. 9.)

Während vereinzelte Typhusfälle in Genf fortwährend zur Beobachtung kommen, brach im Mai 1881 eine Epidemie aus, während welcher in der Stadt und ihrer nächsten Umgebung 166 Personen erkrankten. Man glaubte anfangs, dass Verunreinigungen des Rhonewassers, welches in einem grossen Theil der Stadt als Trinkwasser benutzt wird, Schuld seien; bei genauerer Untersuchung stellte es sich indess heraus, dass die Krankheit besonders in Stadttheilen und Häusern auftrat, die ihren Wasserbedarf nicht der Rhône entnahmen und die in hygienischer Beziehung allen Anforderungen entsprachen, während die schmuzigen, von der ärmeren Klasse bewohnten Quartiere verschont blieben. In einer Kaserne, in welcher 1500 Rekruten wohnten und in welcher nur Rhonewasser getrunken wurde, kam kein Typhusfall vor. R. bespricht die verschiedenen Hypothesen über die Verbreitungsweise des Typhus, ist aber nicht in der Lage, eine derselben als für die Genfer Epidemie massgebend zu bezeichnen. Von den im Hospital behandelten Fällen waren zwei bemerkenswerth durch die den Beginn der Krankheit bildenden psychischen Störungen, in einem Falle Hallucinationen und starke Aufregung, im andern Melancholie mit kataleptischen Symptomen. Bei beiden war im Uebrigen der Verlauf ein milder. Das Fieber hatte nicht immer den gewöhnlichen Typus, besonders bei Kindern wurde continuirliches Fieber über 40° C. während mehrerer Tage beobachtet; doch war der Ausgang ein günstiger. Die jede Typhusepidemie begleitenden leichteren Fälle von Gastricismus etc. fehlten nicht. Im Anfang der Epidemie kamen mehrere Fälle mit ausgesprochenem adynamischem Charakter zur Beobachtung; mit dem Beginn der grösseren Hitze traten verschiedene Male Darmblutungen auf, in einem Falle ein heftiges und wiederholtes Nasenbluten. 3 von den 48 im Hospital behandelten Patienten starben. Bemerkenswerth ist nach R., dass die Epidemie ihren Höhepunkt mit Beginn des Sommers erreichte, während gewöhnlich die Zahl der Erkrankungsfälle an

sauren Natrons empfohlen, um das Eintreten von Pericarditis acuten Gelenkrheumatismus zu verhüten. Ist Letztere in irgend in siver Weise bereits ausgebrochen, so kann man nach D. mit ziemli Sicherheit auf nachfolgende Pleuritis rechnen. Isolirte Endocarditis selten Pleuritis nach sich.

Brockhaus (Godesberg

---

377. **Dr. Werjüschky, Ueber die Sensibilitätsstörungen der und über die tägliche Harnmenge bei Rheumatikern.** (M cinski Westnik 1880. Nr. 333—336.)

Die Resultate dieser eingehenden Untersuchungen lassen in folgenden Sätzen resümiren:

1. Die Functionen der sensiblen Hautnerven und zwar: der Dr sinn, die Schmerzempfindung und die electrische Reizbarkeit, sind den ergriffenen Gelenken alle oder einzeln vermindert. (Drosdof schon vor einigen Jahren die Verminderung der electrischen Reizba bei Rheumatismus festgestellt; russ. Diss.)

2. Der Grad dieser Veränderungen steht in keinem directen hältnisse zu andern Krankheitserscheinungen (der Schwellung, Röthung der Gelenke); nicht selten war das Gelenk beträchtlich schwollen, stark geröthet — die Hautsensibilität aber dabei nur alterirt, in andern Fällen umgekehrt, bei geringen rheumatischen scheinungen — bedeutende Herabsetzung der Hautsensibilität. in denjenigen Fällen, wo die Kranken vollkommen gesund wu konnte W. eine deutliche Herabsetzung der Hautsensibilität an de treffenden Gelenken konstatiren.

3. Die oben erwähnten Veränderungen in der Haut gingen wöhnlich über die Grenzen der Gelenke hinaus. Rheumatische A tionen der benachbarten Muskeln wurden von denselben Erscheinu in den entsprechenden Hautparthieen begleitet.

4. Analoge Erscheinungen wurden auch in Fällen von chronis Rheumatismus beobachtet, die Veränderungen der Hautsensib hielten mit der Intensität der übrigen Krankheitserscheinungen gle Schritt.

5. In Fällen von acutem und chronischem Muskelrheumati wurden die Sensibilitätsstörungen weniger häufig wahrgenommen.

6. Die Harnmenge und die Quantität der festen Bestandtheile Harns sind bei Rheumatikern während der Fieberzeit und Exacerb der Krankheit gesteigert. Verfasser glaubt, dass die nicht selte Rheumatismus vorkommende Polyurie keine zufällige Erscheinung und will das Auftreten derselben bei gleichzeitiger Sensibilitätsstö auf die Affection der Harnsecretionscentra zurückführen.

W. plaidirt für die Nerventheorie des Rheumatismus, nach welcher plötzliche Abkühlung des Körpers die sensiblen Nerven reizt, welche die Reizung auf die vasomotorischen (und trophischen) Nervencentra fortleiten.

Krusenstern (Petersburg).

378. **H. Obersteiner, On Allochiria, a peculiar sensory disorder.** (Brain, Tart. XIV.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte auf ein bei Nervenkranken zu beobachtendes Symptom, welches darin besteht, dass Tastempfindungen nicht an der berührten Stelle, sondern an der dieser entsprechenden symmetrischen Stelle des Gliedes der anderen Körperhälfte localisirt werden. Er nennt diese Erscheinung „Allochiria" von ἄλλος κ. χεις. Verfasser glaubt, dass dieses Symptom häufiger ist, als man anzunehmen geneigt ist, da man jedenfalls schon oft die bei Tastprüfungen erhaltenen gegentheiligen Antworten des Patienten, als einen Lapsus linguae aufgefasst hat.

Verf. giebt 4 Fälle zur Illustration, 2 Tabetiker, eine Hysterische, einen Fall von Myelitis, letzteren mit sehr genauem Sectionsprotokoll. Eine Erklärung dieses Phänomens lässt sich bis jetzt noch nicht geben. Verf. weisst auf die symmetrische Function des sensiblen Nervensystems hin, wie sich aus den Untersuchungen über den Transport und die Schweisssecretion ergeben habe.

Ludwig (London).

379. **Chervin, Une leçon sur le bégaiement.** Ueber Stottern. (L'Union méd. 1881. Nr. 126.)

In Frankreich sind im Durchschnitt 6 % der Militärpflichtigen wegen Stotterns dienstuntauglich, in Paris 1 %, in den südlichen Departements 15 %. Unter 2000 von Ch. behandelten Stotternden waren nur 200 Frauen; andere Sprachstörungen, z. B. das sog. Bispeln und das Unvermögen, gewisse Buchstaben auszusprechen, sollen beim weiblichen Geschlecht öfter vorkommen. Der früheste Termin, in welchem sich das Stottern bemerkbar macht, ist das 3. Lebensjahr. Hereditäre Einflüsse sind nach Ch. weniger von Bedeutung, als böses Beispiel und Nachahmung; oft entsteht Stottern nach plötzlichen heftigen Gemüthsbewegungen — Schreck, Zorn etc. — daher das häufigere Vorkommen beim männlichen Geschlecht, das derartigen Alterationen öfters ausgesetzt sei. Beim leisen Sprechen und Singen verliert sich das Stottern ganz oder theilweise, beginnende Trunkenheit verstärkt es,

doch sind auch Fälle von günstiger Wirkung eines leichten Ra
bekannt. Gewöhnlich lesen Stotternde correcter als sie spreche
weilen findet das umgekehrte Statt. Das Aussprechen der Conso
macht meist grössere Schwierigkeit wie das der Vocale. Als c
teristisches Unterscheidungsmerkmal von Sprachstörungen paraly
Ursprungs findet sich beim Stottern eine gewisse Intermittenz,
zeitweise Besserungen mit Verschlimmerungen abwechseln. C
ist ferner ungeregelte Respiration während des Sprechens. „Viel
ternde fangen, wenn sie sprechen wollen, mit einer tiefen Exsp
an und öffnen den Mund, wenn sie keine Luft mehr im Thorax
Da es unmöglich ist, so zu sprechen, inspiriren sie und wollen
zeitig sprechen; dadurch entsteht das Stottern. Andere lassen di
anstatt durch den Mund, durch die Nase entweichen; die Artic
besonders der Consonanten p, k und t wird dabei unmöglich.
Behandlung beginnt Ch. zunächst mit Uebungen, bei denen er
spiriren, dann langsam exspiriren und gleichzeitig den Vocal a a
lässt; dann folgt eine kurze Pause, während welcher der Rest d
ausgeathmet wird. Diese Uebungen werden 4 mal täglich je na
Alter ½—1 Stunde lang gemacht; in der Zwischenzeit muss ab
Schweigen beobachtet werden. Später folgen Zungen- und
übungen, Anlauten der Vocale e, i, o, u, endlich Versuche in
sprechen und Verbinden von Sylben. Die Behandlung dauert 3 V
und sind Ch's. Resulte bei gutem Willen und Folgsamkeit des S
fast immer gute. Recidive hat er nach erfolgter wirklicher
nicht beobachtet.

Brockhaus (Godesb

---

380. **N. Popow, Ueber die Veränderungen des Rücken nach Vergiftung mit Arsen und Blei.** Aus dem kli Laboratorium des Prof. Mierzejewski. (St. Petersb. med. Woch 1881. Nr. 26.)

Um die Frage zu entscheiden, ob die durch Arsen-Ver
hervorgerufenen Lähmungen, Krämpfe, Contrakturen und Anäs
centralen oder peripheren Ursprungs sind, hat P. eine Reihe v
giftungsversuchen mit verschieden grossen Gaben Arsen (0,003
pro dosi) an Hunden angestellt, und auf diese Weise bald ein
nische, bald eine akute Arsen-Vergiftnng erzeugt. Der Tod tr
einigen Stunden, nach einigen Tagen oder Monaten ein. P. glau
seinen Beobachtungen folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1. Das Arsen erzeugt schon in wenigen Stunden nach
Applikation deutliche Veränderungen im Rückenmark, welche a
litis centralis acuta oder als Poliomyelitis acuta aufzufassen sin

2. In mehr chronischen Fällen beschränkt sich die Entz
nicht allein auf die graue Substanz, sondern geht auf die weiss
auf diese Weise eine diffuse Myelitis darstellend.

3. Das periphere Nervensystem bleibt selbst in den Fällen unversehrt, in welchen der Tod erst drei Monate nach Einverleibung des Giftes eintrat, woraus der Schluss zulässig ist, dass:

4. Die Lähmungen bei der Arsen-Vergiftung centralen Ursprungs sind.

Vergleicht man diese Resultate mit denen von Danillo bei Phosphor-Vergiftung erhaltenen (s. d. Bl. 1880, Nr. 12), so stellt sich eine vollkommene Analogie zwischen denselben heraus, und es lag in Folge dessen die Vermuthung nahe, dass andere metallische Gifte dieselben Veränderungen im Rückenmarke hervorriefen. P. stellte desshalb auch Versuche an mit essigsaurem Bleioxyd, weil die Bleilähmungen einerseits noch vielfach für peripherische gehalten werden, auf der anderen Seite die Autoren wenigstens in Betreff der Frage, an welchen Theilen des Nervensystems die primären Erkrankungen durch die Bleivergiftung zuerst auftreten, auseinander gehen. P. suchte desshalb möglichst akute Vergiftungen zu erzeugen und auf diese Weise begrenzte Affektionen in centralen oder peripheren Theilen des Nervensystems zu erhalten. Von drei mit Blei vergifteten Meerschweinchen starb das eine sechs, das zweite sieben, das dritte zehn Tage nach Applikation des Giftes. In allen drei Fällen fanden sich die peripheren Nerven ohne jede Veränderung, während das Rückenmark einen den bei Arsenlähmung erhaltenen analogen Befund zeigte. — Das Blei ergreift somit, analog dem Arsen und dem Phosphor, im Beginn nur das Rückenmark.

E. Bardenhewer.

---

381. **Saloz, Contribution à l'étude clinique du phénomène respiratoire de Cheyne-Stockes.** Beitrag zum klinischen Studium des Cheyne-Stockes'schen Respirationsphaenomens. (Rev. méd. de la Suisse Romande. 1881. Nr. 9.)

Nach S. sind in neuerer Zeit Respirationsphaenomene als Cheyne-Stockes'sches Athmen beschrieben worden, die mit demselben Nichts gemein haben, z. B. die unregelmässig aussetzende Respiration, wie sie zuweilen bei Meningitis beobachtet wird. Das Ch.-St.'sche Phaenomen charakterisirt sich bekanntlich durch das periodische Auftreten zweier Stadien, das der Athempause oder Apnoe und das der Dyspnoe oder Hyperpnoe, letzteres ausgezeichnet durch das allmählige Anwachsen der Athemzüge an Frequenz und Ausgiebigkeit bis zu einem Maximum und darauf folgender Abnahme bis zu vollständigem Stillstand. Die Länge beider Stadien schwankt nach S. von 5—45 Sec. beim ersten, und von 15—75 Sec. beim zweiten; das ganze Phaenomen hat eine Durchschnittsdauer von 58 Sec. (zwischen 30 und 105 Sec. schwankend). Wächst die Dauer des einen Stadiums, so nimmt die des andern ab. Zunahme des apnöischen Stadiums ist von übler Bedeutung. Während des Anfalls beobachtet man ferner Störungen seitens des Circulationsapparats, der Psyche, der Augen und der motorischen Centren. Erstere

sind sehr variabler Natur und bestehen in Aenderung der Pulsfre
und der arteriellen Spannung. Die psychischen Symptome sind
der Athempause entstehende und verschwindende Somnolenz und
oder weniger tiefe Bewusstseinsstörungen; dieselben lassen sich
S. entgegen der Behauptung Rosenbachs, durch Anreden oder a
Reizungen zum Verschwinden bringen. Von Seiten der Augen
achtet man Contraction und Reactionslosigkeit der Pupille währen
Athempause, Dilatation und Wiederauftreten der Reaction gegen
im Stadium der Dyspnoe; ausserdem traten conjugirte Bewegunge
Bulbi, besonders während der Athempause ein und zwar am häufi
nach rechts oben, seltener nach rechts unten, sehr selten nach
zuweilen beobachtet man auch dabei horizontalen, seltener verti
Nystagmus. Am inconstantesten sind die Phaenomene seitens de
torischen Centren. Sie erscheinen gegen Ende der Apnoe und bes
in Convulsionen gewöhnlich einer Körperhälfte, zuweilen des Ge
oder einer oberen Extremität. S. fand ferner, dass vor und nach
ausgebildeten Anfall die Respiration in regelmässiger Folge Bes
nigung und Verlangsamung zeigte; dieses Uebergangsstadium
normalen Respirationstyphus zum Ch.-St.'schen Phaenomen und
kehrt, bezeichnet er als „intermediäres". Auch constatirte er den
von andern Forschern beobachteten günstigen Einfluss des Schla
die Entwicklung des Phaenomens. Die Krankheiten, in deren V
es auftritt, sind sehr verschiedenartiger Natur: cerebrale Haemorr
und Embolie, intracranielle Tumoren, tuberculöse Meningitis, Kla
fehler, Sclerose der Coronararterien mit fettiger Degeneration der
muskulatur, profuse und wiederholte Blutverluste, Vergiftung mit
coticis und Anaestheticis, Atherom der Arterien, Bright'sche Kran
S. hat in Fällen von Letzterer das Cheyne-Stockes'sche Phae
beobachtet; sie trafen alle ältere Leute; der Urin war spärlich
enthielt wenig Eiweiss. Die Section ergab Granularatrophie der N
atheromatöse Entartung der Nierengefässe, Verkalkung vieler G
ruli, Hypertrophie und Dilatation des Herzens, fettige Entartung
Muskulatur, Atherom der Arterien an der Gehirnbasis; in ei
Fällen fand sich Thrombenbildung im Herzen, Infarcte in den L
und cerebrale Embolien. Ueberhaupt sind nach S. zum Zustand
men des Ch.-St.'schen Phaenomens drei Factoren von hervorrag
Bedeutung: 1) Entartung der Arterien, die der Gehirnbasis mit
griffen, wodurch die Blutzufuhr zum verlängerten Mark leidet; 2)
affectionen, welche zum Theil als Folge der Arterienerkrankung
sehen, zum Theil abhängig sind von der Entartung der Nieren
selbst wieder durch Erstere hervorgerufen ist; 3) Abnormes Ver
des Blutes, welches eine grosse Neigung zur Coagulation zeigt (
die Häufigkeit der Herzthrombosen). Aehnliches Verhalten des
ist von S. auch bei Thieren, denen die Nieren exstirpirt oder bei
durch Ureterenunterbindung künstliche Nephritiden erzeugt v
beobachtet worden.

Anlangend die physiologischen Erklärungsversuche des Ch
schen Phaenomens so verwirft S. die Theorien von Filehue un
Cuffer; bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen w
Plausibler erscheint ihm die Ansicht Traube's, der das Phae

unter dem Einfluss verminderter Blutzufuhr zum respiratorischen Centrum und herabgesetzter Erregbarkeit dieses Letzteren zu Stande kommen lässt. Durch die während des dyspnoeischen Stadiums von dem respiratorischen Centrum geleistete vermehrte Arbeit wird die Erregbarkeit desselben für eine kurze Zeit (Stadium der Athempause) völlig aufgehoben.

Das Ch.-St.'sche Phaenomen ist von prognostisch übler Bedeutung, seine Dauer und Intensität hängen ab von der Schwere der Erkrankung, als deren Folge es auftritt. S. hat einige Fälle beobachtet, in welchen es vollständig verschwand, um nach einem kürzeren oder längeren Zeitraum wieder zu erscheinen. Dieses intermittirende Auftreten — in einem Falle von Gehirnapoplexie mit einem freien Intervall von ungefähr einem Jahre — ist auch von anderer Seite her constatirt worden. Therapeutisch ist von Lépiore das Strychnin subcutan mit ungünstiger Wirkung versucht worden. Bei dem Gebrauch von Morphium und Chloral hat S. in einigen Fällen Besserung beobachtet, andere sahen Verschlimmerung durch diese Mittel. Electrische Reizung der Phrenici, der Vagi und der Hautnerven des Gesichts hatten negativen Erfolg, ebenso die von S. versuchte Inhalation. Filehne sah bei der Einathmung von Amylnitrit Verschwinden der Athempausen, aber vermehrte Dyspnoe. In einigen Fällen konnte S. günstige Wirkung nach wiederholter Application von Vesicantien in den Nacken constatiren; eine Erklärung hierfür vermag er nicht zu geben.

Brockhaus (Godesberg).

---

382. **Dr. Löwenfeld** (München), **Zur Electrotherapie der Angina pectoris und verwandter Zustände.** (Aerztliches Intelligenzblatt. Nr. 39. 1881.)

Um der pessimistischen Anschauung, dass Angina pectoris ein absolut unheilbares Leiden sei, entgegenzutreten, bringt Verfasser zwei Fälle zur Veröffentlichung, in denen die Application des constanten Stromes von grossem Vortheil sich zeigte.

Bei einem 47-jährigen kräftig gebauten Manne stellten sich in Zwischenräumen von 1—2 Monaten Anfälle ein, die sich durch ein Opressionsgefühl auf der Brust schon eine Anzahl von Stunden vorher anzeigten. Die Anfälle dauerten stundenlang und häuften sich manchmal so, dass mehrere an einem Tag oder auf einander folgenden Tagen auftreten. Auf der Höhe des Anfalles trat convulsivisches Zittern eines Armes und Beines ein, erstreckte sich dann auch auf die andere Körperhälfte, sistirte nach wenigen Minuten, um kurz darauf neuerdings, wenn auch minder heftig, aufzutreten.

Narcotica hatten nur wenig Einfluss, bewirkten mitunter eine Abkürzung oder Linderung des Anfalles, hemmten aber niemals die Entwicklung desselben.

Es wurden nun 10 Sitzungen im Verlaufe von 3 Wochen v
nommen, mit Anwendung des constanten Stromes in aufsteig
Richtung vom untersten zum obersten Halsganglion bei einer S
dauer von je 1 Minute beiderseits.

Von der Einleitung der electrischen Behandlungen sind di
fälle ausgeblieben.

Bei einem 50-jährigen Manne traten häufig Anfälle von
gradiger Brustbeklemmung auf, die von heftigen Schmerzen unte
Sternum und von hier gegen Schulter und Hals ausstrahlend beg
waren. Die Anfälle waren von stundenlanger Dauer.

Narcotica hatten geringen Erfolg milderten die Anfälle nur v

Auch hier trat nach der Galvanisation am Halse sofortig
leichterung auf, die vorhandene Beklemmung wurde geringer; im G
wurden 5 Sitzungen vorgenommen, stets mit gleich gutem momen
Erfolg.

Auch bei anderen Zuständen, die mit Brustbeklemmung und
rührender Angst einhergegangen, sah Verf. dieses Verfahren von N
z. B. bei Herzpalpitationen Hysterischer und bei nervösem Herzk
begleitet von Dyspnoe.

Seifert (Würzbu

---

383. **Prof. Iwanofsky, Glomerulitis exsudativa, als eine beso Form von acuter Bright'scher Krankheit.** (Esjenedelnaja gaseta 1881. Nr. 4.)

In den Nieren eines an croupöser Pneumonie gestorbenen 7
Knaben sind bei der mikroscopischen Untersuchung folgende
mische Veränderungen gefunden worden: Baumann'sche Kapseln
dilatirt, die Nierenknäuel auf die Hälfte comprimirt; der Raum zw
den Glomerulis und der Kapsel mit croupösem fibrinösem Exsudate
lich ausgefüllt. — Epithelien der Harnkanälchen nur sehr wenig
gar nicht verändert; strotzende Füllung der Gefässe mit Blut,
vasate im Reticulum, namentlich in der Nähe der Glomeruli, se
in den Harnkanälchen.

Dieser Befund spricht für eine fibrinöse Entzündung der
mann'schen Kapseln; Hyperämie der Gefässe und Extravasate k
nach J., als begleitende Erscheinungen angesehen werden. — D
der anatomischen Veränderungen in den Nieren bei Glomerulitis
dativa lässt die Möglichkeit einer vollkommenen restitutio ad int
voraussetzen, da die Exsudatmassen leicht resorbirt und ausgesc
werden können.

Krusenstern (Petersbu

---

384. **Dr. Ostapennko, Ueber die Entstehung der hyalinen Cylinder.** (Archiv veterinarnich nauk, 1881. Juni.)

Verf. ist auf experimentellem Wege zu der Ueberzeugung gekommen, dass die hyalinen Cylinder aus dem Epithel der Harnkanälchen herstammen, dass man dieselben nicht als ein Exsudat (Klebs, Förster, Rindfleich, Neubauer und Vogel) oder als eine Ausscheidung des Epithels (Rovida, Oertel), auch nicht als ein Product des Eiweisses und seiner Derivate (Bartels) ansehen könne. Das Auftreten der hyalinen Cylinder steht nicht im directen Zusammenhange mit dem gesteigerten Blutdruck oder mit dem Eiweissgehalt des Urins. — Nach O.'s Versuchen, enthält bei Unterbindung der venae renales der eiweisshaltige Harn in den ersten 2 Tagen keine hyalinen Cylinder; sie wurden erst später gefunden; zu gleicher Zeit wurden auch die Uebergangsformen von Epithelien angetroffen. — Nach Unterbindung der Aorta oder einiger grosser peripherischer Arterien wurden hyaline Cylinder im Harn nicht wahrgenommen. Der Harn enthielt dagegen beständig viele hyaline Cylinder, sobald das Experimentthier innerlich tinctura cantharidum erhalten hatte; die mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab in diesem Fall, dass die hyalinen Cylinder nicht allein in Harnkanälchen eingeschlossen waren, sondern dass auch die Baumann'schen Kapseln dieselben enthielten.

Krusenstern (Petersburg).

---

385. **Dr. Dennissenko, Beiträge zur Lehre über die Bright'sche Krankheit.** (Wratsch 1881. Nr. 14.)

1. Die Krankheitserscheinungen bei morbus Brighti werden nicht durch parenchymatöse Entartung oder durch Endzündung der Nieren bedingt; die Endzündung ist bloss eine secundäre Erscheinung und wird durch Verstopfung der Glomeruli und der Harnkanälchen mit massigem Exsudate bedingt.

2. Im Beginn der Ausschwitzung ist das Epithel vollkommen normal und bietet keinerlei Veränderungen dar; diese letzteren (in den Glomeruli und in den Harnkanälchen) treten erst später auf.

3. Die Exsudation findet statt aus den Capillaren der Glomeruli selbst, nicht aus denjenigen Gefässen, welche die Glomeruli und die Harnkanälchen umringen.

4. Die Exsudation ist nicht eine Beschaffenheit der Glomeruligefässe allein, derselbe Process kann in jedem beliebigen Gefäss vor sich gehen; das Exsudat im ersten Fall ist nur ungewöhnlich massig; gleichartige Ausschwitzungen können in entfernt von Nieren gelegenen Organen beoabchtet werden.

5. Die Ausschwitzung kann zu gleicher Zeit in den Nieren und in verschiedenen Organen statt finden, z. B. im Auge, auch ehe die

Nieren eine Spur von Eiweiss ausscheiden; die Ausschwitzung
desshalb auf Nierenerkrankung nicht zurückgeführt werden; D.
an, dass die Ausschwitzung durch Gefässinnervationsstörung
wird.

Krusenstern (Petersb

---

386. **W. R. Gowers**, M. D., F. R. C. P., **On Psoriasis from**
(Lancet, Vol. II. Nr. XIII.)

Verf. erwähnt in einer kurzen Notiz 3 Fälle von Epileps
denen durch länger fortgesetzten Gebrauch von Borax Psoriasi
getreten war. Ein Kranker hatte seit 2 Jahren Borax genommen,
lich in 15 gran Dosen, später in 1 Scrupel-Dosen 3 mal täglich
andere hatte seit 8 Monaten die gleichen Dosen genommen. Bei
Fällen schwand die Psoriasis rasch durch den Zusatz von 5
Liq. arsenic. zur Boraxdose. Ein dritter ganz analoger Fall
aus der Praxis des Dr. Spencer aus Clifton. In allen Fäll
Syphilis auszuschliessen, Flexoren- und Extensoren-Seite der
war befallen, die Schuppen waren etwas dünner als es sonst
pflegt.

Ludwig (Lon

Neue Bücher.

Arène, Des adénites et des adéno-phlégmons de la region cervica
l'angine diphthéritique et dans la scarlatine. Paris, Delahaye et Lec

Barbier, Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typho
l'acide phénique. Paris.

Bay, Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne. Paris

Bouret, Introduction à l'étude des tumeurs avec figures. Paris, Masso

Boussenot, Du traitement des hernies irréductibles par les injectio
cutanées de morphine. Paris.

Briand, Leçons de clinique médicale (maladies de la gorge, de l'
etc.). Angers.

Brun, De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique. Paris, Delah.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 20. Oktober. Nro. 27.

387. **Dr. O. Seifert,** Assistenzarzt an der medicinischen Klinik zu Würzburg, **Ein Fall von Diabetes mellitus mit Typhus abdominalis.** (Wiener Medicinische Wochenschrift.)

Verfasser behandelt einen Fall einer bis jetzt noch selten beobachteten Complication von Diabetes mellitus mit Typhus abdominalis.

Für die im Verlaufe des Diabetes mellitus während des Spitalaufenthaltes begonnene und verlaufene acute fieberhafte Erkrankung war die Diagnose nach mehreren Seiten hin zweifelhaft: — schon vor der fieberhaften Erkrankung bestandene nachweisbare Veränderung an der l. Lungenspitze; — in den ersten Tagen der neuen Erkrankung, die mit Frost und Temperatursteigerung ziemlich plötzlich begann, wurden pleuritische Reibegeräusche an verschiedenen Stellen unzweifelhaft nachgewiesen, die im Zusammenhalt mit der Dämpfung an der l. Lungenspitze und wegen ihres „weichen Characters" den Gedanken an acute Miliartuberculose nahelegten.

Später stellte sich Eiweissgehalt des Urins ein, als dessen Ur-

sache das continuirliche, ziemlich hohe Fieber betrachtet wur
an Abdominaltyphoid wurde vorübergehend gedacht, doch feh
diese Diagnose sichernden Erscheinungen.

So konnte die acute fieberhafte Erkrankung bis zu de
Convulsionen plötzlich eingetretenen Tode nicht mit Sicherheit
ticirt werden.

Die Section klärte die Sache auf: es fanden sich im Ileu
typhöse Geschwüre, die Milz kaum vergrössert und schlaff,
in den Fällen von Bamberger und Griesinger; die Niere
ausser Vergrösserung keinen pathologischen Befund.

Nach den früher beobachteten Fällen bewirken bei Diab
litus intercurrente acute fieberhafte Erkrankungen eine Verm
des Zuckergehaltes des Urins mit Ausnahme des Typhus abd

Dieser eine Punct hätte, wenn nicht gewisse Sympt
grösserer Bestimmtheit auf andere Krankheitsformen hingewiese
die Diagnose des Abdominaltyphoids veranlassen können.

Aus den sämmtlichen bisher beobachteten Fällen ergiebt
Schluss Gerhardt's, dass der Verlauf des Abdominaltyphoid's
betikern gerade in den characteristischen Unterleibssymptom
gewöhnlichen ein wesentlich verschiedener ist.

Neidert (Würz

---

388. **Dr. Treskin, Zwei Fälle von Verletzung der Wir**
(Esjenedelnaja klin. gaseta 1881. Nr. 8, 9, 10.)

In einem Fall war die Wirbelsäule durch Trauma verle
war bei gymnastischen Uebungen aufs Hinterhaupt voran gefa
Krankengeschichte ist besonders dadurch interessant, dass b
weder subjective, noch objective Athemstörungen beobachtet
dagegen aber eine vollkommene Anästesie der rechten K
Sphincterlähmung, Priapismus. Die Besinnung blieb bis z
vollkommen erhalten. — Bei der Autopsie stellte es sich her
der rechte proc. transversus des Epitropheus gebrochen und i
5. Wirbel sich Spalten befanden. — Verfasser betont, dass e
fallen würde, in ähnlichen Fällen sichere Diagnose und Pro
stellen.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen cariösen P
der Halswirbelsäule; folgende Krankheitserscheinungen sind
wähnung werth:

1. Stürmische Respirationserscheinungen (Hustenanfälle,
Cyanose), welche sich fast in jedem Monat anfallsweise ei
sonderbar dass diesen Anfällen Meteorismus gewöhnlich vora

2. Die Temperatur stieg erst in den letzten 3 Tagen vor d
(bis 40 ° C.).

3. Der Eiter war in den Pharynx durchgebrochen; in e
spie Pat. denselben heraus, später schluckte er ihn herunter; i

birten Zustande aber gelangte der Eiter in die Bronchien und verursachte Erstickungstod.

Verfasser macht darauf aufmerksam, dass im ersten Falle Pat. trotz geringerer Verletzung bald (nach 2 Wochen) unter starkem Kräfteverfall zu Grunde ging, im zweiten dagegen bei ausgebreiteten Zerstörungen fast der ganzen oberen Hälfte der Wirbelsäule verhältnissmässig wenig gelitten hatte; die Krankheit bestand ca. $1^1/_2$ Jahr, als Pat. einer zufälligen Todesursache erlag.

Krusenstern (Petersburg).

---

389. **Dr. C. Langenbuch, Meine weiteren Erfahrungen über die Wirkung der Nervendehnung bei Tabes und anderen Rückenmarksleiden.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881, Nr. 24, 25, 26, 27.)

Die in diesem Aufsatz ausgesprochenen Erfahrungen erstrecken sich auf 28 operirte Fälle. (Neuerdings hat L. noch sehr viele mehr operirt.) Es befinden sich darunter 16 Tabesfälle, von denen 6 weiter unten aufgeführte relativ geheilt wurden, während die übrigen noch zu frisch sind, um ein Urtheil zu gestatten. Gegenüber den neuesten therapeutischen Erfolgen hält L. den anatomischen Beginn der Tabes in den Hintersträngen, in den Hintersäulen und Seitensträngen sowie in den hinteren Nervenwurzeln nicht für unanfechtbar. Während für beginnende Tabes anatomische Untersuchungen in zu geringer Zahl vorlägen, habe er bei seinen Operationen sowohl in den Scheiden als in den Fasern der grossen Nervenstämme mannigfache makroskopische Veränderungen wahrgenommen. Analoge Beobachtungen machte auch Friedreich. Es ist demnach an eine Fortleitung des degenerativen Prozesses von peripheren Nerven zu den Hintersträngen zu denken, um so mehr als es bis jetzt unerfindlich ist, warum gerade die Hinterstränge und je nach der Höhe des RM-abschnittes ganz bestimmte Theilabschnitte derselben zu der Erkrankung prädisponirt sein sollten. An der Hand der Untersuchungen von Flechsig, Westphal u. A. über Bau und Funktion des RM lässt sich dagegen die vorwiegende Affection der Hinterstränge erklären, wenn man die Primäraffektion in die Peripherie verlegt. Nach Flechsig stehen die Goll'schen Stränge, die anfangs bei der Tabes frei bleiben, ihrer Hauptmasse nach in keiner direkten Verbindung mit den peripheren Nerven, während die Keilstränge, die nach Pierret und Westphal zuerst degeneriren, als direkte Fortsetzungen der peripheren Nerven zu betrachten sind. Ferner ist nach Westphal ein Anfangssymptom der Tabes: das Verschwinden des Kniephänomens, zu beziehen auf eine Erkrankung der medianen Hälfte der Keilstränge, also desjenigen RM-theiles, welcher nach Flechsig „als direkte Fortsetzung der eintretenden hinteren Wurzelfasern einen möglichst direkten und unmittelbaren Verkehr des RM mit der Aussenwelt und deren Schädlichkeiten unterhält. Weiter

wird angeführt, dass nach Leyden u. A. als einzige direkte Ursa
der Tabes der Erkältungsinsult anzusehen sei, und dass hierbei
Centripetalität der Empfindungsnerven „durch die Verbreitung der
normen Erregung längs den Stämmen und Wurzeln" sich verderbl
geltend mache. Der Umstand aber, dass die hochgradige Bindegewe
sklerose sich nur im RM und nicht so auffällig in den periphe
Nerven findet, dürfte sich daraus erklären, dass das interstitielle Bin
gewebe in dem ersteren einen ganz anderen morphologischen Charak
trägt wie in den peripheren Nervenstämmen. Darf man ein cen
petales Weiterkriechen eines peripher auftretenden (entzündlichen u
degenerativen) Prozesses mit Recht annehmen, so führt sein W
nothwendig in die Keilstränge und kann hier in dem anders bescha
nen Gewebe sich verfangen und per contiguitatem Seitenstränge, Hint
säulen, hintere Wurzeln ergreifen und nunmehr sekundär zu einer p
gressiv primären Centralerkrankung führen. Verf. hält es also
höchst wahrscheinlich, dass die Lokalisation der Tabes in die Hint
stränge nicht einer „Caprice der Natur entstammt, sondern dass sie si
im Marke mit Nothwendigkeit gerade dort und nicht anderswo ma
festiren muss, wenn die von der Aussenwelt unseren Nervenendappara
zugefügten Schädigungen der normalen Gewebsernährung im schli
meren Falle auf den vorhandenen centripetalen Wegen bis zum C
tralorgane vordringen". Im günstigeren Falle, wie bei der selbständig
oder der nach Pocken, Diphtheritis, Typhus auftretenden akuten Atax
verlaufe die Störung wahrscheinlich nur in den peripheren Nerv
Ebenso wie hierbei eine Funktionsunterbrechung der die Coordinati
vermittelnden centripetalen Fasern anzunehmen sei, glaubt Verf. au
von den tabischen Schmerzen annehmen zu dürfen, dass sie nicht imm
excentrische seien, sondern meist peripher durch Reizung der schmer
leitenden Bahnen bedingt würden.

Die heilende Wirkung der Dehnung grosser Nervenstämme
blickt L. in einer Anregung der Leitungsvorgänge, namentlich auch
der (von Brown-Séquard konstatirten) Anregung der vikariirend
Leitungen, sowie in einer günstigen Beeinflussung der Prozesse
Neurilemm und in der Neuroglia auf mechanischem Wege. Durch d
Nervendehnung würden ähnliche heilsame Insulte gesetzt wie dur
die Massage und den Muskelklopfer; ausserdem kommt vielleicht d
bis in's RM sich fortsetzenden Zerreissungen der Bindegewebsscheid
ein Löwenantheil an dem guten Erfolge zu. Selbstredend kann d
Nervendehnung ebensowenig wie irgend eine andere Therapie defi
tive Defekte in den Hintersträngen substantiell wieder ersetzen. Ei
absolute Heilung ist daher nur da denkbar, wo noch keine definiti
Nekrose eingetreten ist. Durch frühzeitiges operatives Eingreifen ka
aber das offenbar langsam erfolgende Absterben der Fasern verhinde
werden.

Bezüglich der nächsten Effekte der Operation stellt sich, „w
für die mächtige specifisch nervöse Wirkung spricht", fast regelmäss
eine deutliche Alteration von Puls und Athmung während der Tra
tionen ein. Diese nimmt L. auch als Maassstab für die aufzuwenden
Kraft. Nach der Operation sind etwa vorhanden gewesene Schmerz
und das Kältegefühl unmittelbar verschwunden, die Sensibilität erleid

keine unmittelbare Veränderung, dagegen wird das Allgemeingefühl in den Beinen bisweilen alterirt: ein Bein erscheint länger als das andere und dgl. Die Sensibilitätsstörungen bessern sich oft schon am nächsten Tage, bisweilen auch erst einige Tage später. Oft ebenso schnell, meist aber etwas langsamer tritt nach vorübergehender Herabsetzung der groben Kraft eine Zunahme der Motilität und bald schneller, bald langsamer eine Abnahme der Ataxie ein. In über der Hälfte der Fälle traten einige Tage nach der Operation den früheren tabischen ähnliche Schmerzen in den operirten Gliedern auf, die jedoch in 4—5 Tagen wieder zu verschwinden pflegten. Verf. hält sie für reaktive Schmerzen in Folge der Operation. In Bezug auf die Blasen-Mastdarmfunktion zeigt sich bald eine deutliche Besserung, in einem Falle wurde auch bezüglich der Potenz ein positives Resultat erzielt. Nach 2—3-wöchiger Bettlage besteht noch motorische Schwäche beim Gehen, die sich aber relativ rasch verliert. — Sind nur ein oder zwei Nerven gedehnt worden, so empfiehlt es sich, bei nicht genügendem Erfolg die Operation an anderen Nerven folgen zu lassen. Neuerdings dehnt L. womöglich in einer Sitzung beide Ischiadici und Crurales. Es ist dem Verf. wahrscheinlich, „dass der nach der Operation beobachtete Rest einer Ataxie lediglich ein Ausdruck der perversen Muskelgewohnheit ist, welche auch nach dem Ausgleiche der zu Grunde liegenden Nervenstörung vom P. nicht sogleich abgelegt werden kann“.

Was das Anhalten der Besserung betrifft, so verspricht sich L. eine lange Dauer, vielleicht für immer. Ohne den heilkräftigen Einfluss der Bäder und der Electricität zu unterschätzen, hält er es für Pflicht, an erster Stelle die Nervendehnung vorzunehmen und dann erforderlichen Falles auf die genannten Mittel zu rekuriren.

Weiterhin werden einzelne Fälle von Tabes erörtert, zunächst ein (schon früher publicirter) Fall, in welchem einige Monate nach Beginn der Erkrankung durch die Dehnung beider Ichiadici und Crurales in 2 Sitzungen alle Schmerzen und die ataktischen Erscheinungen in den Unterextremitäten vollständig verschwanden. Bei einer später versuchten Dehnung des Medianus starb der P. an einer Herzlähmung. Der normale Befund des RM (Westphal) post mortem bestätigte L.'s Vermuthung von dem noch peripheren Sitz der Krankheit. Entweder war eine noch sehr junge Gewebsstörung im RM wieder vollständig ausgeglichen, oder was wahrscheinlicher ist, der in den peripheren Nerven angefachte Prozess war überhaupt noch nicht in's Mark hinaufgestiegen; nicht aber handelte es sich, wie Schüssler meint, um eine „Spinalneurose“. Die 5 folgenden Fälle von ausgesprochener Tabes, die zum Theil schon 7 Jahre und länger bestanden, zeigen eine eklatante mehr weniger vollständige Heilung durch die Operation. Eine Wiederkehr des Patellar-Reflexes wurde nie beobachtet.

2 operirte Fälle von Myelitis chronica boten ein weniger befriedigendes Resultat, 2 Fälle von Tetanus und Trismus endigten letal; jedenfalls dürfte hier nur eine unmittelbar nach Ausbruch der ersten Symptome vorgenommene Operation Aussicht auf Erfolg bieten. In einem Falle von progressiver Muskelatrophie war nur wesentliche Abnahme der fibrillären Zukungen zu verzeichnen. Bei einem unilateralen Fall von Seitenstrangsklerose wurde ein wahrhaft

glänzendes Resultat erzielt; weitere 5 Fälle sind bereits neuerdings Operation gelangt. Von 2 Fällen multipler Sklerose (Combinatic der medullären, bulbären und cerebralen Form) wurde der eine d lich, der andere in sehr erfreulicher Weise gebessert.

Schliesslich berichtet L. noch von 2 durch die Operation gehei Hautkrankheiten. Bei einem Fall von universalem chron. Pemphi wurde, nachdem die erkrankten Parthien durch Lister-Verband asept gemacht waren, der rechte Ischiadicus gedehnt, da die Ausschl deutlich symmetrisch und den Endausbreitungen gewisser Hautner entsprechend angeordnet waren und L. auf die Annahme einer centr Innervationsstörung hinwiesen. Sofort verschwanden alle Blasen Borken an allen Körpergegenden, ohne dass neue Eruptionen auftra Leider starb das Kind bald darauf an Diphtherie. Ebenso wurde von Pruritus senilis univers. befallener Greis durch Dehnung rechten Ischiadicus von seinem Jucken fast gänzlich befreit.

Der Nervendehnung kommt also zweifellos ein grosser Einf auf das gesammte Nervensystem zu, sei es peripher, sei es cent Auch andere RM-Krankheiten ausser der Tabes sind ihrer reguliren Wirkung zugänglich. Der Grad der Besserung, der manchmal an v kommene Heilung gränzt, hängt von dem Stadium des Leidens Doch werden oft gerade in den schwersten Fällen prägnantere Be rungen beobachtet als in weniger entwickelten.

Ueber die Technik der Operationen will sich L. in e späteren Arbeit aussprechen.

Ueber die Dauer des Heilerfolges fehlt noch jede Erfahr Doch ist kein Grund für schlimme Befürchtungen in dieser Bezieh vorhanden. „Aerzte wie Publikum dürfen im Ganzen und Gro diese Antwort im Interesse der jemaligen Kranken wie der Wis schaft nicht erst abwarten wollen . . . . Dem Kranken diene sei seines Arztes die ermuthigende Versicherung, dass er unter dem Sch der Antisepsis durch die Operation nichts verlieren, aber Vieles winnen kann“.

Stintzing (München

---

390. **Dieulafoy, Du traitement de la pleurésie.** Zur Behandl der Pleuritis. (Gaz. des hôpitaux, 1881, Nr. 83.)

Die Behandlung der Pleuritis theilt sich in eine medicinische in eine chirurgische. Die medicinische richtet sich hauptsächlich g die Initialsymptome und zwar besonders gegen den Schmerz. Eines einfachsten und wirksamsten Mittel gegen denselben sind trockene blutige Schröpfköpfe. Ferner wendet man mit Erfolg Morphin-Injecti an ($^1/_2$—$^1/_1$ Pravaz'sche Spritze einer 1%-Lösung). Die beim Publi so beliebten Vesikatoren richten sich gleichfalls nur gegen den Schm eine Ableitung und Verminderung des pleuritischen Ergusses durch dieselben nicht erzielt. Dagegen sind sie der Untersuchung

derlich, und D. empfiehlt desshalb die Anwendung derselben nicht; jedenfalls müssen sie so klein als möglich genommen werden. Nimmt der Erguss zu, so tritt die chirurgische Behandlung, die Thorakocenthese, in ihr Recht. Trousseau machte dieselbe zum Gemeingut in der französischen Medicin; er führte sie aus mit dem einfachen Reybard'schen Troikart und erzielte gute Resultate. Die Operation ist entweder dringend oder diskutabel. Ist die ganze Seite gedämpft, und die Dyspnoe bedeutend, schätzt man den Erguss auf 2 bis $2^1/_2$ Liter, so soll ohne Aufschub operirt werden; denn Aufschub ist gefährlich. Selbst wenn nicht die ganze Seite gedämpft, wenn die Dyspnoe nur gering ist und der Erguss etwa auf 2 Liter geschätzt wird, kann durch Synkope oder durch Thrombose der Pulmonalarterien plötzlicher Tod eintreten. Ist dagegen der Erguss geringer (1,200 bis 1500 Gramm), so kann man warten. Aber weder schweisstreibende noch harntreibende Mittel, noch Vesikatore beschleunigen die Abnahme des Exsudates. Beginnt nicht (von selbst) die Resorption nach 30 bis 35 Tagen, so macht man die Thorakocenthese. Dieselbe wird mit einer Nadel Nr. 2 im 8. Interkostalraum am unteren Winkel des Schulterblatts ausgeführt. Niemals darf man mehr als ein Liter auf einmal ablassen, sonst drohen „albuminöse Expektoration" und Tod; besser entfernt man ein 2. Liter am folgenden Tage; das dann noch Vorhandene wird resorbirt. — Bedient man sich durchaus reiner Instrumente, so wird durch die Operation niemals ein seröses Exsudat in ein purulentes verwandelt.

E. Bardenhewer.

---

391. **Senator, Zur Lehre von dem Doppelton in der Schenkelbeuge und den Kreislaufverhältnissen bei Aorteninsufficienz.** Vortrag, gehalten in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 8. Dezember 1880. (Ztschr. f. klin. Medic. Bd. III. Heft 1. pg. 147.)

Es ist Friedreichs Verdienst die Ansicht begründet zu haben, „dass in gewissen Fällen von Aortenklappeninsufficienz der Doppelton gar nicht ausschliesslich in der Cruralarterie entsteht, in die man ihn bis dahin allein verlegt hatte, sondern dass der eine Ton allerdings in der Arterie, der andere aber in der Vene entstehe, dass es sich in solchen Fällen also um einen arteriell-venösen, oder wie er es nennt um einen gemischten Cruraldoppelton handelt. Die von Friedreich angeführten Fälle betrafen Aortenklappeninsufficienzen, die mit Tricuspidalklappeninsufficienz complicirt waren. Die Methode Friedreichs durch ein Stethoscop zu hören, welches die beiden Gefässe, Arterie und Vene zugleich mit seinem Trichter bedeckt, um die in beiden entstehenden Geräusche gleichzeitig dem Ohre zuzulenken, ersetzt Senator durch eine andere. Senator kommt es vor allem darauf an, die Töne zu localisiren, er auscultirt deshalb gesondert und zwar vermittelst eines Sphygmophons. Ein ganz schmaler etwa 1 cm haltender Trichter mit einer dünnen Gummimembran überzogen; am andern Ende in einen Gummischlauch ausgehend, der mittelst eines olivenförmigen

Endstückes ins Ohr gesteckt wird. Die gesonderte Auscultation w
nauere Auskunft geben, als die Angabe Friedreichs, sich v
selbständigen Pulsation der Vene zu überzeugen (ihre Anschwell
Hustenstössen und Bauchpresse) und als seine Angabe, dass die
Töne bei verschieden starkem Drucke verschwinden. Denn d
sation beweist noch nicht das Tönen und verschiedener Druc
auch nothwendig sein, um zwei Töne der Arterie zum Verschwi
bringen.

Senator liefert den Nachweis der Entstehung in zwei G
an zwei Krankenbeobachtungen.

1. „Insufficienz der Aortenklappen und später der Tric
klappe. Excentrische Hypertrophie beider Ventrikel. Pulsat
Leber, des Bulbus, der Jugularvene und der Cruralvene. Do
über den Schenkelgefässen". „An der Herzspitze ein schwache
lisches Geräusch, mit der Diastole kaum ein Schallmoment zu
über der Aorta und auf dem Corpus sterni ein schwaches syst
und lautes während der ganzen Diastole dauerndes rauhes G
Pulmonaltöne ziemlich deutlich, der zweite nicht verstärkt".

Von weiteren Schallerscheinungen werden erwähnt: Ue
Carotiden ein dumpfes systolisches Schallmoment und schwac
stolisches Geräusch. Ueber den Cruralgefässen nur ein Ton,
den Cubitalarterien ein Ton. Unter Zunahme der Dyspnoeanf
der Erscheinungen der Tricuspidalinsufficienz treten erst in de
dann in der anderen Schenkelbeuge, aber noch nicht constant
töne auf. Am 5. Tage nach der Aufnahme „constatirt man zun
male eine deutliche Pulsation der Cruralvene jederseits nach in
der deutlich abzugrenzenden Arterie, deren Puls ein ganz kurz
moment nach dem Venenpuls erschien". Mit dem Stethosc
man 2 Töne, deren einer nur als ein kurzer Vorschlag des
der Ausdehnung der Arterie entsprechenden Tones erscheint.

2. Fall: „Insufficienz der Aortenklappen und der Tricuspida
Excentrische Hypertrophie beider Ventrikel. Pulsation der Jugul
der Leber und Cruralvenen. Ueber letzteren ein Ton, welc
Arterienton vorausgeht. Verschwinden der Venenpulse in den
Tagen".

An der Herzspitze leises systolisches, lautes diastolisches G
Ueber der Aorta und auf dem Sternum lautes systolisches
stolisches Geräusch. Carotis: systolischer Ton. „In der Schenk
sind jederseits zwei Töne, von denen der erste kürzer und
laut, dem zweiten unmittelbar vorhergeht". Zwei getrennte Pul
„Mit dem Sphygmophon kann man Arterie und Vene getren
cultiren, und zwar erscheint der Venenton, während die Art
sammengepresst wird, leiser und dumpfer, der Arterienton, bei
mengedrückter Vene lauter und heller". Als sub finem vitae n
1 Puls, der der Arterie, in der Schenkelbeuge zu fühlen war,
auch nur noch 1 Ton, der Arterie, gehört werden.

S. bespricht dann die Eigenthümlichkeit des gemischten
tones: das Auftreten des Pulses und Tones in der Cruralvene
arteriellen Puls und Ton und erklärt die Beobachtung so, da
nicht den gleichen Weg zurückzulegen haben, sondern der V

einen erheblich kürzeren als der Arterienpuls. (Venenpuls 35—39 cm, Arterienpuls 55—60 cm.)

Für die Prognose ist das Eintreten der Tricuspidalinsufficienz bei Aortenklappeninsufficienz sehr ominös.

S. nimmt nicht an, dass ein Gegensatz existire zwischen den Tricuspidalinsufficienzen, die zu einem Mitralfehler, und solchen die zu Aortenklappenfehlern hinzutreten (Friedreich), sondern dass gerade diese Complication die Unterschiede zwischen Mitral- und Aortenklappenfehlern verwische. Unterschiede bestehen in den subjectiven Beschwerden und in den Erscheinungen, welche aussergewöhnlichen Veranlassungen folgen. Ist die Compensation gestört, so besteht bei beiden Arten von Klappenfehlern ungenügende Füllung im arteriellen und Stauung im venösen Gebiete; und wenn zu Aortenklappeninsufficienz eine relative Tricuspidalinsufficienz hinzutritt, muss erst relative Mitralinsufficienz bestanden und Stauung im kleinen Kreislauf inducirt haben. Dieses Stadium führt zur Ausbildung der rechtsseitigen Hypertrophie und Dilatation, für welche sonst bei Aortenklappeninsufficienz kein Grund vorliegt.

Finkler.

---

392. **A. Lesser, Die anatomischen Veränderungen des Verdauungskanals durch Aetzgifte.** (Virch. Arch. LXXIII. Heft 2.)

Verf. findet in der Literatur mehrfach Widersprüche bei der Beschreibung der anatomischen Veränderungen, welche Aetzgifte im Verdauungskanal, besonders im Magen, bewirken. Er erörtert auf Grund eigener Beobachtungen sowohl an menschlichen Leichen als an Hunden die Erscheinungen, welche nach Einführung der gebräuchlichsten Säuren und Alkalien im tractus intestin. auftreten.

Sämmtliche Aetzgifte, sowohl Säuren als Alkalien bewirken in der Hauptsache gleiche anatomische Läsionen, die sich nur je nach dem Concentrations-Grade quantitativ von einander unterscheiden. Als charakteristisches Paradigma kann die Aetzwirkung der Schwefelsäure angesehen werden. Es spielen sich auch hier die von Cohnheim als constante Folgen der Aetzung am Frosch und Kaninchen beobachteten Processe ab: Hyperämie, Oedem, Emigration weisser und Diapedese rother Blutkörperchen, schliesslich Nekrose. Nur sind die Zeiträume zwischen den einzelnen Phasen des Entzündungsprozesses hier viel geringere als bei den von Cohnheim beobachteten Versuchsobjecten.

Bemerkenswerth ist, dass eine 0,1% Schwefelsäurelösung auf die Darmschleimhaut applicirt momentan deutliche Veränderungen hervorbringt, während eine 5% im Magen erst nach langdauernder Berührung an der Grenze des Erkennbaren stehende Wirkungen erzeugt. Noch empfindlicher wie die innere Oberfläche des Dünndarms gegen corrodirende Einflüsse ist das Lebergewebe und das Peritoneum.

Nach wirklicher Aetzung der Magenwand durch Schwefelsäure tritt weder eine Schwarzfärbung noch eine Volumsveränderung auf:

in der opak-grauweisslich gewordenen ausserordentlich brüch
Schleimhaut erscheinen sogar unter dem Mikroscop die zelligen Elen
in Form und Anordnung wohl erhalten. Selbst die Blutkörperch
den Gefässen sind intact (im Gegensatz zu der Aetzwirkung von
kalien, nach welcher die Blutkörperchen zerstört angetroffen wer

Uebrigens treten die Corrosionen der Schleimhaut nach Ei
kung der im Kleinhandel gangbaren 15—20% Schwefelsäure-Lö
gegen die irritativen Veränderungen sehr zurück. Dabei komm
wenn Extravasationen Platz greifen, zu einer Zunahme der Consi
und der Dicke der Magenwand; diese geht aber bald in eine Consis
verminderung über und zwar durch Lösung der Intercellularsubs
wie L. daraus schliesst, dass auch in den erweichten Massen die zel
Gebilde in ihren Contouren sowie in ihrer Transparenz keine V
derung erkennen lassen. Solche aus erweichten Stellen stamm
Epithelien finden sich nach L. nicht selten in dem ersten Erbroch
nach Schwefelsäure - Intoxication, dem entsprechend dann häufig
Magen, in der Mitte der direct von der Säure getroffenen Partie,
mucosa vollständig fehlt.

Den nach Schwefelsäure-Vergiftung eintretenden Tod erklä
ausschliesslich durch Alkali-Entziehung des Blutes und hält de
sprechend eine Therapie indicirt, welche die dem Körper entzog
Alkalien durch Einführung von solchen zu ersetzen sucht.

Die Vergiftung mit Salzsäure und Salpetersäure unterscheidet
im Wesentlichen nicht von der mit Schwefelsäure. Für die Vergi
mit Oxalsäure ist das constante Vorkommen von Krystallen oxals
Kalkes sowohl im Magen, im Darm, in den Nieren und zuweile
Harn charakteristisch. Die Form dieser Krystalle ist in der Meh
rhombisch, nadelförmig und Wetzsteinform-ähnlich. Briefcouvert-
ist ausserordentlich selten. Während es nur in ganz seltenen F
durch Oxalsäure zur Aetzung der Magenschleimhaut kommt, findet
bei der erweichenden Fähigkeit der Oxalsäure als häufiges Vorkom
die Magenperforation, die aber stets als postmortales Ereigniss a
sehen ist.

Die Einführung von Alkalien in den tractus intestinalis ist
genau den nämlichen Processen gefolgt, wie nach Application
Schwefelsäure oder Oxalsäure; auch das Mikroscop vermag eine I
renz zwischen diesen und den durch Säure erzeugten Nekrosen
nachzuweisen. Die Differenzial-Diagnose zwischen Säure- und Al
Intoxication ist von anatomischer Seite aber dadurch möglich, dass
der Zunahme der Consistenz in Folge der Aetzung mittels Alk
nicht wie bei der durch Säuren eine Zunahme der Brüchigkeit
Gewebes verbunden ist: selbst total nekrotisches Gewebe bleibt
zäh und dehnbar. Nach Vergiftungen mit Cyankalium, Sublimat,
bolsäure und Arsenik, die beträchtlich geringere irritative Fähigk
haben als die Mineralsäuren und Alkalien, ist es schwierig, ja sch
lich unmöglich, eine Differenzial-Diagnose zu stellen, wenn es sic
Lösungen handelt, die an der unteren Grenze der Irritantien steh

Schotteli

393. **P. Cazeneuve** und **R. Lépine, Sur l'absorption par la muqueuse vésicale.** Ueber die Absorption durch die Blasenschleimhaut. (Gaz. d. hôpit. 1881. Nr. 111.)

C. und L. legten bei Hunden die Harnblase frei und unterbanden die Ureteren und den Blasenhals (mit Schonung der Gefässstämme). Dann stachen sie den Gipfel der Blase an und entnahmen aus derselben eine Probe Harn (I) zur Untersuchung. Nach Verschluss des Stiches wurde die Blase reponirt und die Wunde verschlossen. Vierundzwanzig Stunden nachher wurde dem lebenden Thiere die Blase entnommen und der Harn (II) wieder untersucht. Es ergab sich:

		Dichtigkeit,	Harnstoff,	Chlor. Natrium,	Phosphorsäure
1.	I		72		6,3
	II		54		5,2
2.	I		80		6
	II		62		5
3.	I	1028	21,5	7,6	1,0
	II	1027	19,0	8,0	0,98

Die gesunde Harnblase absorbirt also die normalen Harnbestandtheile. Dagegen werden bestimmte Arzneien von der gesunden Schleimhaut nicht resorbirt; dass das Strychnin nicht resorbirt wird, weisen C. und L. von Neuem nach.

E. Bardenhewer.

---

394. **Dr. Kohn, Ein Fall von Cystoma ovarii.** (Prczeglad lekarski 1880. Nr. 45.)

Verfasser berichtet über eine Operation der Ovarialcyste, welche bei hohem Fieber ausgeführt wurde. Die Temperatursteigerung trat nach einer Probepunction ein; da eine Erklärung anderwärts nicht aufzufinden war, so wurde die Vermuthung ausgesprochen, dass eine Eiterung in der Geschwulst sich entwickelt habe, vielleicht weil Luft in dieselbe eingedrungen war; es wurde rasch zu einem operativen Eingriff unter streng Lister'schen Cautelen geschritten. Das Resultat fiel sehr günstig aus: Heilung per primam, das Fieber wich allmählich und war nach ca. einer Woche geschwunden, die Pat. verliess das Krankenhaus vollkommen gesund. Die Cyste war in der That in Eiterung übergegangen.

Krusenstern (Petersburg).

395. J. Schor, Multiple Exostosen bei einzelnen Mitgliede[r] selben Familie. (St. Petersb. mediz. Wochenschr. 1881. [N]

S. berichtet über eine Familie, in welcher der Vater, ei zwei Töchter und der Onkel des Vaters mit zahlreichen Exost den verschiedensten Knochen behaftet waren. Er erörtert aus die Aetiologie dieser erblichen Krankheit, insbesondere die Fr dieselbe rhachitischen Ursprungs sei, und bespricht die Stoffv Veränderungen bei der Rhachitis. Er hält es für wahrscheinlic die Rhachitis eine allgemeine Infektionskrankheit ist. Bezügl Genese der multiplen Exostosen glaubt er, aus den anatomisch änderungen der rhachitischen Knochen und berücksichtigend, der Prozess die verschiedenen Theile einer und derselben E nicht gleichartig afficirt, und 2. dass an den Stellen, wo Musk geheftet sind, die Vorwucherung des Knochengewebes verstä d. h. die Muskeln das weiche Gewebe in Form von Auswüchs vorziehen, schliessen zu müssen, dass der rhachitische Prozess z anstatt des gewöhnlichen Befundes verdichteter, verbreiteter u längerter Epiphysen, gleichsam partielle Verdickungen und Au an den Punkten gebe, wo Muskeln befestigt sind.

E. Bardenh

---

396. Kunkel, Ueber das Vorkommen von Eisen im Harn melanotischen Tumoren. (Sitzungsberichte der physikalis cinischen Gesellschaft in Würzburg. 1881. Nr. 5.)

Die mittels Salzsäure aus dem Harn ausgefällten braunen K von Harnsäure sind mit einem e i s e n h a l t i g e n Farbestoff ve schaftet. Der abfiltrirte Harn ist jedoch noch nicht eisenfrei, man erhält durch Zusatz von harnsaurem Natrium und durc malige Ausfällung mit Salzsäure nochmals gefärbte und eise Krystalle.

Aus melanotischen Tumoren kann man ebenfalls einen e tigen Farbstoff isoliren, wenn die zerkleinerten blutfreien Stück Tumoren mit Natronlauge ausgezogen werden. Aus der so erl braunen Lösung bekommt man durch Uebersättigung mit Salzsä eisenhaltigen Farbstoff in brauen Flecken.

Seifert (Würzl

---

397. Jules Simon, De l'emploi de l'alcool chez les enfants. den Gebrauch des Alkohols bei den Kindern. (Progr. médi Nr. 39. 40. und 41.)

S. bespricht ausführlich die Präparate, in welchen der zu therapeutischer Verwendung gelangt, und die physiologisch

kungen, welche derselbe auf die verschiedenen Organe und Funktionen des Körpers ausübt. Er empfiehlt die Anwendung desselben bei Schwäche der Neugeborenen, bei Bronchitis capillaris und Pneumonie, bei Diphtheritis, bei bestimmten Formen der Dyspepsie, bei Herzschwäche und bei allgemeinen Schwächezuständen. Grossen Nutzen gewährt der Alkohol bei Behandlung des Fiebers, insbesondere wenn Adynamie und Collaps eintraten. Contraindicirt ist derselbe im Allgemeinen bei akutem Gelenkrheumatismus, bei Endo- und Pericarditis, bei Nerven- und akuten Hautkrankheiten.

Einzelheiten sind im Originale nachzusehen. Die Arbeit ist reich an für die Praxis bedeutsamen Angaben.

E. Bardenhewer.

---

398. **De Lacerda, Sur le permanganate de potasse employé comme antidote du venin du serpent.** Kalium hypermanganicum als Antidot des Schlangengiftes. (Gaz. d. hôpit. 1881. Nr. 112.)

L. injicirte das Gift des Bothrops, in destillirtem Wasser gelöst, Hunden in das Unterhautzellgewebe des Beines; es entstanden grosse Abscesse mit Substanzverlust und Zerstörung des Gewebes. Injicirte er aber gleich nach der Injektion des Giftes an derselben Stelle einprozentige Lösung von übermangansaurem Kalium, so zeigte sich keine Reizung und keine Infiltration. Brachte er das Schlangengift in die Venen, so wurden die Thiere durch eine nachfolgende Injection von übermangansaurem Kalium in die Venen erhalten, selbst wenn die Vergiftung deutlich ausgesprochen, und das Herz im Begriffe stand, stille zu stehen. In einer anderen Versuchsreihe injicirte L. das Gift in die Blase. Wenn daraufhin bedeutende Dilatation der Pupillen, Störungen der Athmung und der Herzbewegung, Contrakturen, Harn- und Koth-Entleerung eingetreten waren, so erwiesen sich Injectionen der Lösung von übermangansaurem Kalium als schnell und vollständig restaurirendes Gegengift.

E. Bardenhewer.

---

399. **Frey und Heiligenthal, Die heissen Luft- und Dampfbäder in Baden-Baden.** Experimentelle Studie über ihre Wirkung und Anwendung. (Leizig 1881.)

F. und H. haben an sich selbst experimentirt; die Einzelheiten der Versuchsanordnung etc. sind im Original nachzusehen. Sie untersuchten die Wirkung der heissen Luft- und Dampfbäder auf Innervation, Circulation, Respiration, Wärmebilanz und Stoffwechsel. Mit Winternitz nahmen sie drei Hauptfactoren als wirkend bei diesen Badeformen an:

1. den thermischen Hautreiz, 2. die Wärmezufuhr resp. -abga
tere in den dem heissen Luft oder Dampfbade jedesmal folgend
Vollbad und Douche); 3. die Gegenwirkung des Organismus g
durch die beiden ersteren in demselben hervorgebrachten Veränd
Ihre Ergebnisse sind folgende: Die Empfindlichkeit der Haut
Berührungen und geringe Temperaturdifferenzen ist während d
und besonders nach demselben erhöht. Im Allgemeinen ist der
dieser Bäder auf das Gesammtnervensystem so, dass durch
Allgemeinbefinden und das Kraftgefühl gehoben wird. Den Gr
für finden die Verf. darin, dass sich die während des Bades v
Gefässe der nervösen Centralorgane nachher erweitern und d
arterielle Zufuhr zu Letzteren steigt; vielleicht ist auch die d
massenhaften Schweiss aus dem Organismus entfernte Milchsä
nach Preyer ermüdend wirkt, mit in Betracht zu ziehen.
culation wird in der Weise verändert, dass zunächst beim
in den erhitzten Raum durch den thermischen Reiz Contrac
Hautgefässe, Steigerung des arteriellen Drucks und vermeh
frequenz entsteht, und zwar im Dampfbade, das wegen der g
Wärmecapacität der Wasserdampf haltenden Luft einen energ
thermalen Reiz ausübt, in höherem Maasse als im Luftbade. B
tritt in Folge der starken Wärmezufuhr Erweiterung der Hautg
ein; der arterielle Druck sinkt; das an der Peripherie erwärm
reizt die Herzganglien und bewirkt erhöhte Pulsfrequenz.
Ausbruch des Schweisses wächst Pulsfrequenz und Temperat
samer. Im Dampfbade zeigt sich von Anfang an rascheres A
der Pulsfrequenz, da hier die Erwärmung des Blutes in F
geringeren Abkühlung durch verdunstenden Schweiss eine stär
In beiden Bädern, besonders aber im Dampfbade, wird der
mählich weicher und leicht zu unterdrücken. Nach der Abkühlu
Vollbad und Douche sinkt der Puls wieder auf die vor dem
obachtete Frequenz. Der Lymphstrom wird während des Bades
nigt durch die anfängliche Contraction der muskulösen Apparate
und Lymphgefässe, nachher durch die bei der raschen Abkühlung
stellenden tiefen Inspirationen. Bezüglich der Respiration beobac
und H. geringe Vermehrung und Verflachung der Athemzüge, am
im Dampfbade, Verminderung und Vertiefung bei der Abkühlung
bad und Douche. Die Temperatur in der Achsel steigt im Da
anfangs rasch, bis sie die Rectaltemperatur, die zunächst nur
steigt, erreicht resp. um c. 1° C. überholt hat. Dann steigt
Temperatur im Rectum bis zu 2° C. über die Norm. Es wird als
durch Haut und Lungen aufgenommen; ausserdem wird noch di
Condensation des Wasserdampfs in Form feiner Tropfen am Kö
werdende Wärme Letzterem zugeführt. Im Luftbade steigt w
Abgabe von Wasserdampf durch Haut und Lungen und der Ver
des in grosser Menge abgesonderten Schweisses die Tempera
langsamer. „Die Rectumtemperatur erhält sich lange auf der N
nach 30 Min. Aufenthalt im heissen Raume steigt sie um einige
Beim Eintritt sinkt die Achseltemperatur um einige Zehntel (vie
Folge der Verdunstung der letzten Spuren Wasser, die sich no
Achselhöhle befinden), steigt aber bald wieder und erreicht die

Rectumtemperatur oder übersteigt sie selbst um mehrere Zehntelgrad". Im kühlen Frottirraum und noch mehr im Vollbad und Douche tritt bei den erweiterten Hautgefässen und tiefen Respirationen starke Wärmeabgabe ein. Nach dem Dampfbade muss die Abkühlung eine länger dauernde sein um die normale Temperatur wieder herzustellen, als nach dem Luftbade. Die Wasserabgabe durch Haut und Lungen im Luftbade reicht aus, den Nieren für die Wasserausscheidung des ganzen Tages ihre Arbeit um $^1/_8$ zu erleichtern; da ferner die Mehrabgabe des Wassers durch Haut und Lungen die Verminderung der Abgabe durch die Nieren weit übertrifft, so schliessen F. und H., dass durch die heissen Luftbäder eine bedeutende Vermehrung des Wasserkreislaufs angeregt wird. In weit geringerem Grade ist dies im Dampfbade der Fall. Bei beiden Badeformen geht das Sinken der täglichen Urinmenge Hand in Hand mit Vermehrung des specifischen Gewichts; Beides ist am stärksten am ersten Badetage. Die Harnstoffabsonderung ist am ersten Tage vermindert, nach F. und H., weil eine der vermehrten Harnstoffbildung entsprechende Ausscheidung bei der stark gesunkenen Urinmenge unmöglich ist. An den folgenden Badetagen ist dagegen die Harnstoff- und Harnsäureabsonderung bedeutend vermehrt, letztere beim Luftbad um das doppelte, beim Dampfbad um das dreifache. Diese Vermehrung der Harnstoff- und Harnsäureabsonderung lässt sich auch nach den Badetagen noch mehrere Tage verfolgen und nimmt von Tag zu Tag ab. Der Gewichtsverlust im Luftbade ist (wegen des starken Schweisses) bedeutender als im Dampfbade, wird aber rascher und vollständiger wieder ersetzt als der geringere Gewichtsverlust in Letzterem. F. und H. sind daher der Ansicht, dass das Dampfbad weniger den Kreislauf des Wassers, dagegen den Umsatz der Körperbestandtheile in hohem Maasse beschleunigt. Bezüglich der Indicationen der heissen Luft- und Dampfbäder unterscheiden F. und H. ihre Anwendung als diätetisches (Hautpflege), prophylaktisches (Abhärtung der Haut, Schutz vor Erkältungen) und eigentliches Heilmittel. Beide Badeformen, besonders aber das Dampfbad, verlangen zur Ausgleichung ihrer intensiven Wirkungen noch eine gewisse Resistenz und Reactionskraft des Badenden. Contraindicationen ergeben hohes Alter, grosse Schwäche und Gebrechlichkeit. Die Krankheitsformen, gegen welche F. und H. die qu. Bäder angezeigt halten, sind:

1. Die chronisch-rheumatischen und gichtischen Erkrankungen. Von Bedeutung ist hierbei die vermehrte Ausscheidung der Milchsäure im Schweiss, der Harnsäure im Urin und die vermehrte Energie und Widerstandskraft der Hautnerven gegen atmosphärische Einflüsse.

2. Scrophulose. Günstig wirkt die Anregung des Stoffwechsels, die Beschleunigung des Lymphstroms, besonders aber die rationelle Hautkultur, weil die Haut so sehr häufig der primäre Sitz der scrophulösen Entzündung ist und von hier aus krankhafte Vorgänge im Innern des Körpers angeregt werden.

3. Fettsucht. Contraindicirt sind die Fälle von grosser Herzschwäche in Folge von allzustarker Fettentwicklung am Herzen.

4. Constitutionelle Syphilis.

5. Krankheiten der Respirationsorgane, sowohl diejenigen, welche in causalem Zusammenhang mit einer der vorgenannten Constitutions-

anomalien stehen, als auch idiopathische, katarrhalische Erkranku des Kehlkopfs, der Trachea und Bronchien. Ein besonders günst Erfolg ist von den Dampfbädern zu erwarten, indem die eingeath warme, mit Wasserdampf gesättigte Luft lösend auf die Schleimma und tonisirend auf die erkrankten Schleimhäute wirkt. Bei pleuritis Exsudaten kommt vor Allem die Vermehrung der wässerigen scheidungen durch die Bäder in Betracht.

6. Krankheiten des Herzens. Contraindicirt sind Fälle von compensirten Klappenfehlern, hochgradiger Entartung der Muskeln Störungen der nervösen Bewegungsapparate, bei denen die im stattfindende Beschleunigung der Herzaction schädliche Folgen vor sehen lässt. Günstige Wirkungen werden berichtet in zwei Fällen Herzhypertrophie mit verschiedenen Complicationen.

7. Krankheiten der Unterleibsorgane, Plethora, Hyperaemie grossen Drüsen, Congestivzustände der Magen- und Darmschleim Von Wichtigkeit ist die durch die Bäder hervorgerufene veränd Blutvertheilung: Entlastung der inneren Organe und Anfüllung erweiterten Hautgefässe. Bei den Erkrankungen der Niere kommt die vermehrte Ausscheidung von Wasser und Harnstoff im Schw und die dadurch eintretende Erleichterung ihrer Arbeit in Betrach

8. Krankheiten des Nervensystems, besonders Neuralgien, auf dyskrasischen Zuständen beruhen oder Verletzungen ihre Entsteh verdanken, sowie solche, die Theilerscheinungen allgemeiner Schwä Anämie, Hysterie, Hypochondrie sind, ferner peripherische Lähmun endlich die functionellen Erkrankungen des Rückenmarks ohne tie anatomische Veränderungen. Günstig wirken die Bäder durch Hebung der Ernährung, Kräftigung des ganzen Organismus und was besonders bei hysterischen Zuständen von Bedeutung ist — , Nervensystems, wobei die Kräftigung des Willens, welcher durch plötzliche Einwirkung sehr differenter Temperaturen auf den Kö geübt wird, von ganz besonderem Werth ist".

9. Krankheiten der Haut: Acne, Psoriasis, Lichen, Ichthy Pityriasis, Eczema und Prurigo; Schwäche der Haut mit übergro Empfindlichkeit und schlechter Ernährung.

10. Krankheiten der Knochen, der Gelenke und ihrer Bän apparate, der Muskeln und Sehnen, wie sie besonders als Folgen oben erwähnten constitutionellen Krankheiten, Gicht, Syphilis, Scro lose etc. auftreten. Hier kommt neben den Bädern noch locale handlung durch Douchen, Massage etc. in Betracht.

Am Schluss ihrer Arbeit besprechen die Verfasser die Met des Badens in den heissen Luft- und Dampfbädern; die hierauf be lichen Details sind im Original nachzusehen.

Brockhaus (Godesberg

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 29. Oktober. Nro. 28.

400. **Cornil, Note sur le siège des parasites de la Lépre.** Bemerkungen über den Sitz der Parasiten beim Aussatz. (L'Union med. Nr. 134.)

C. hat seine Untersuchungen theils an frischen, dem Lebenden exstirpirten Hautknötchen, theils an der Leiche entnommenen und in Alkohol erhärteten Präparaten gemacht. Erstere geben viel klarere und präcisere Bilder. „Die leprösen Hautknoten werden gebildet durch eine Infiltration des Papillarkörpers mit zahlreichen grossen Zellen von rundlicher oder etwas abgeplatteter und linsenförmiger Gestalt; dieselben liegen zwischen den Bindegewebsfasern, haben ovoide Kerne und sind als ausgewanderte und hypertrophische weisse Blutkörperchen anzusehen. Die Papillen im Centrum des Knotens sind nicht mehr zu unterscheiden, die drüsigen Gebilde und Haarfollikel atrophisch und zerstört. Die den Knoten bedeckende Epidermisschicht ist verdünnt, so dass die Oberfläche ganz glatt erscheint. Die Blutgefässe zeigen eine bemerkenswerthe Verdickung ihrer Wandung besonders der Intima, so dass sie auf dem Durchschnitt das Aussehen von geschichteten

Kugeln haben. Dieses Aussehen hat wahrscheinlich Neumann z
Ausspruch veranlasst, dass man colloide Kugeln in dem leprös
webe findet". Um die der Lepra specifischen Bacterien zu sehe
Präparate, die der Einwirkung erhärtender Mittel ausgesetzt
wenig geeignet. Besser sieht man dieselben an frischen Zerzu
präparaten oder an Schnitten, die mit Methylanilin gefärbt sind (
lich der Details der Präparation siehe das Original). Bei der e
Methode bemerkt man in der Flüssigkeit rundliche Körner un
lebhaft bewegende Stäbchen. In den Methylanilinpräparaten i
Protoplasma der oben beschriebenen Zellen durchsetzt mit diesen Stä
die sehr intensiv gefärbt sind und stark von dem wenig gefärbte
toplasma und dem ungefärbten Bindegewebe abstechen. Sie
vereinzelt oder zu kleineren Bündeln verschmolzen. Neben den St
bemerkt man auch kleine längliche Körnchen. In der die Knot
deckenden Epidermisschicht finden sich diese Gebilde nicht. D
hat C. dieselben in andern Organen, besonders in der Leber gef
Diese bot ganz das Bild der hypertrophischen Cirrhose mit
Verdickung der interlobulären Gallengänge. Die Bacterien wa
sonders reichlich vertreten in den neugebildeten Zellen des
lobulären Bindegewebes. Die Untersuchung der Nerven ergab
rose mit Verdickung der bindegewebigen, Atrophie der ne
Elemente.

Brockhaus (Godesb

---

401. **David Drummond,** M. A., M. D.: **On certain chang served in the spinal chord in a case of Pseudohypertrophic lysis.** Veränderungen am Rückenmark in einem Fall von P hypertrophie der Muskeln (Syringomyelie). (Lancet 1881. V Nr. XVI.)

Verfasser hat das Rückenmark eines aus der Praxis des Dr.
stammenden Falles von Pseudohypertrophie der Muskeln unte
Knabe von 14 Jahren, seit frühester Jugend Wadenmuskulatur
trophisch, konnte nie gut gehen, in seinem sechsten Jahr h
gastrisches Fieber, von da ab bis zu seinem Tod gänzliche Unfä
zu gehen.

Achtzehn Monate vor dem Tod, der durch Lungenphthise
war, trat Lähmung im linken Arm auf. Section des Rücken
Membranen verdickt, Arachnoidea adhärent. In der Gegend üb
Lendenanschwellung scheint am linken Seitenstrang ein ein u
halb Cent. langer Tumor aufzusitzen. Nach Härtung und Durch
dung des Rückenmarks stellt es sich heraus, dass der Tumor
Hohlraum enthält, sonst jedoch aus den normalen Bestandtheil
Rückenmarks besteht. Besonders deutlich auf der linken Seite, in

gerem Grade auf der rechten Seite, lässt sich in der grauen Substanz des Lenden- und Cervicalmarks Höhlenbildung nachweisen.

Die Höhlen sind nicht von einer Membran ausgeklëidet, sondern einfach durch Continuitätstrennung in der grauen Substanz entstanden. Untersucht wurde nur Hals und Lendenanschwellung und Gegend des Tumors, auf Communication mit dem Centralcanal wurde nicht untersucht. Das Gewebe der grauen und weissen Substanz selbst schien normal (Abbildungen im Original).

Ludwig (London).

---

402. **Holst** (Riga), **Ueber das Verhältniss der Hysterie und einzelner nervöser Symptome zu der Gynäkologie.** (Archiv für Psychiatrie XI. Bd. 3. Heft.)

Verf. beabsichtigt durch vorliegende Arbeit auf einem von Neuropathologen und Gynäkologen bearbeiteten Felde einige Grenzmarken festzustellen, wo seiner Meinung nach die ausschliessliche Arbeit des Einen aufhören und die des Andern beginnen soll. Er verkenne nicht, dass Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane eine sehr häufige Ursache der Hysterie sind, doch nur dann wenn eine Prädisposition und zwar in den meisten Fällen eine hereditäre Anlage vorhanden ist. Der Vermittler zwischen Genitalerkrankung und den Symptomen der Hysterie ist ein besonderer Reizzustand in gewissen Nervengebieten der Genitalsphäre, derselbe kann indessen auch als selbstständige Neurose bestehen. Mag nun die Ernährungsstörung des gesammten Nervensystems, welche wir Hysterie nennen, auf die eine oder die andere Weise hervorgerufen sein, immerhin lässt sich nicht verkennen, dass dieselbe zu einem selbstständigen Krankheitszustande werden kann. Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse wird die Indication für die Therapie lauten: Herabsetzung des Reizzustandes und der gesteigerten Reflexerregbarkeit von den Uterinnerven aus mit reiflicher Ueberlegung, ob die mechanische Behandlung der Retroflexio etc. den Dienst auch leisten wird, welchen wir von ihr erwarten, oder ob sie nicht ein neues Reizmoment für die sehr empfindlichen sensibeln Gebärmutternerven abgeben wird. Von vielen Gynäkologen wird in dieser Beziehung oft ein Versehen begangen, die speciell interessirende Erkrankung zu sehr berücksichtigt, während die übrigen krankhaften Zustände ausser Acht gelassen werden. Den neueren Anschauungen von Frank (Centralbl. f. Nervenheilkunde 1880 Nr. 16) über die absolute Abhängigkeit der Hysterie von Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane wurde indessen bereits von gynäkologischer Seite entschieden entgegengetreten. Bei der Behandlung der Hysterie muss vor Allem die leichte Erregbarkeit des Nervensystems der Genitalorgane berücksichtigt werden, ferner ist nicht ausser Acht zu lassen die psychische Erregung, welche immerhin mit der Localbehandlung verknüpft ist.

Rücksichtlich der sogen. Ovarialhyperästhesie, deren Bedeutung

Charkot hervorgehoben hat, gelangt Verf. zu der Ansicht, dass di
ein häufiges Symptom der Hysterie und eine reine Neurose ist, k
wegs bedingt durch entzündliche Vorgänge in den Ovarien. E
betrachtet er die Dysmenorrhoe als reine Neuralgie des U
oder der Ovarien. Als negativer Beweis hierfür dient ihm das Fa
dass die Behandlung der Dysmenorrhoe zu den undankbarsten Auf
der Gynäkologie gehört, was nicht der Fall sein würde, wenn
borne Enge des Cervicalcanals u. s. w. die Ursache des Leidens

Eickholz (Grafenbe

---

403. **G. Ballet, Contribution à l'étude des réflexes tendi note sur l'état de la réflectivité spinale dans la fièvre typh**
Beitrag zur Lehre von den Sehnenreflexen; Mittheilungen übe
Zustand der Reflexerregbarkeit im Typhus. (Progr. médic.
Nr. 41 und 42.)

Die Reflexe und insbesondere die Sehnenreflexe sind eine Ar
Reaktion des Rückenmarks; ihr Verhalten kann von Bedeutung w
für die frühzeitige Diagnose und die Prophylaxe der Krankheite
Rückenmarks, welche man mitunter im Verlaufe des Typhus auf
sieht. Strümpell fand die Sehnenreflexe bei Typhuskranken geste
Petit-Clerk verringert. Die verschiedenen Stadien und die ver
denen Arten der Krankheit lassen diesen Gegensatz nicht auff
erscheinen. Ein Gesetz wird sich erst auf Grund sehr zahlre
Untersuchungen und mit Berücksichtigung aller Umstände form
lassen. B. hat bei 17 Typhuskranken das Verhalten der Reflexe
Sehnen untersucht und die Form und den Ablauf derselben grap
dargestellt. Die Reflexerregbarkeit war meistens gesteigert, ni
verringert. Aus einer der der Arbeit beigegebenen Zeichnungen, w
den Kniereflex darstellt, erkennt man deutlich alle Zeichen gesteig
spinaler Erregbarkeit. Die Zeit zwischen dem Momente der Perku
der Sehnen und der Reaktion des Muskels beträgt 42 Tausendstel
Sekunde, während sie im normalen Zustand 50 Tausendstel oder
beträgt; die Curve der Muskelcontraction zeichnet sich aus durch
Höhe, durch die grosse Zahl der Modulationen und durch ihre L
welche einer Contractionsdauer von $^{3}/_{8}$ Sekunde entspricht, währen
selbe im normalen Zustande $^{1}/_{8}$ oder gar nur $^{1}/_{8}$ beträgt. Unte
17 Fällen fanden sich 7 mit deutlich gesteigerter Erregbarkeit
Sehnenreflexe; in 7 anderen war dieselbe eher gesteigert als verrin
in 3 Fällen endlich waren die Reflexe normal. Die 7 ersten
verhielten sich in Bezug auf das Geschlecht des Kranken, auf di
der Krankheit und die Zeit der Beobachtung verschieden. —
Schlussfolgerung aus der geringen Zahl der Beobachtungen würde

ergeben, dass der Abdominaltyphus in der Mehrzahl der Fälle mit einer Steigerung der Reflexerregbarkeit des Rückenmarks verbunden ist.

E. Bardenhewer.

---

404. **Kannenberg** (Marienwerder), **Ueber das Sputum bei Lungenquetschung.** (Zeitschrift für klinische Medicin III, 3.)

Ein kräftiges Mädchen von 22 Jahren erhielt einen Schuss aus einem Revolver in schräger Richtung von Rechts her in die linke Brust; die Kugel traf die 2. linke Rippe ohne sie zu brechen, es wurde also weder Pleura noch Lunge direkt verletzt.

In der Nacht nach der Verletzung stellte sich Hämoptoë ein (2 Esslöffel Blut), doch fand sich nirgends Dämpfung, überall hörte man lautes Vesiculärathmen; nur beim Athmen bestand leichte Schmerzhaftigkeit. Nach 48 Stunden hörte die Hämoptoë auf und es begann nun die Expectoration von grauschwarzen zähen Massen (täglich etwa 2 Esslöffel voll), die bei der mikroskopischen Untersuchung als aus Alveolarepithelien und rothen Blutkörperchen bestehend sich erwiesen. Erstere waren theils mit Pigmentkörnchen, theils mit Fetttröpfchen, theils mit Myelinkörnchen besetzt. Die rothen Blutkörperchen sahen ganz frisch aus, und waren zwischen die Alveolarepithelien ziemlich gleichmässig verstreut.

Die Expectoration der Epithelien erreichte am 5. Krankheitstage ihren Höhepunct, um dann schnell wieder abzunehmen und am 15. Tage vollkommen wieder zu verschwinden.

Das gleichzeitig bestehende Fieber war wohl vom Schusscanal aus erregt, da dasselbe wieder verschwand noch ehe der Auswurf den Höhepunkt erreicht hatte.

Da weder Pneumo- noch Hämatothorax noch irgendwelche pleuritische oder pneumonische Affection entstand und an der getroffenen Rippe keine Deformität zu fühlen war, so musste man annehmen, dass die elastische Rippe der Gewalt der Kugel nach dem Innern des Thorax ausgewichen war und eine Quetschung der Lunge bewirkt hatte.

Verf. ist der Ansicht, dass Sputa wie in diesem Fall bei Lungenquetschung häufiger zu beobachten sein werden, da eine die Alveolen treffende traumatische Affection, welche weder mit Zerstörung des Gewebes verbunden ist, noch zu Entzündung führt, wohl geeignet erscheint, Bluterguss in die Alveolen und Desquamation von Alveolarepithelien herbeizuführen.

Seifert (Würzburg).

---

405. **Weil** (Heidelberg), **Zur Lehre vom Pneumothorax.** Klini
Theil. (Deutsches Archiv für klinische Medicin 1881. Bd. X
3 und 4.)

In den 3 Abschnitten des klinischen Theiles seiner Untersuch
erörtert Verf. die verschiedenen Formen des beim Menschen vo
menden Pneumothorax, dann diejenigen Factoren, welche im gege
Falle die specielle Form des Pneumothorax bedingen und schlie
die anatomische und klinische Differentialdiagnostik der verschie
Formen des Pneumothorax.

Bei beiden Formen, sowohl bei dem partiellen (circumscr
als dem totalen (diffusen) Pneumothorax findet sich nur Luft i
Pleurahöhle (einfacher Pneumothorax) oder ausserdem noch Flüss
(Hydropneumothorax). Es ist im Entstehungsmomente jeder P
offener, ist jedoch der Pneumothorax fertig, so lassen sich
scheiden:

1. Der geschlossene Pn., der dann wieder organisch geschl
(durch Verwachsung der Wundränder oder durch aufgelagerte F
massen) oder mechanisch geschlossen sein kann (Fistel durc
traction der Lunge oder durch Gasdruck geschlossen).

2. Der offene Pneumothorax kann entweder nach Aussen,
Innen oder doppelt offen sein.

3. Ventilpneumothorax kann sich entweder als ein mecha
oder organisch geschlossener darstellen, der Hydropneumothorax
ebenfalls einfach offen oder doppelt offen oder geschlossen sein.

Für die specielle Form des nach Perforation der Pleura p
nalis entstehenden Pneumothorax sind massgebend: Form und G
der Perforationsöffnung, Beschaffenheit (Weite, Wegsamkeit, starre
nachgiebige Wandung) der zuleitenden Bronchien und die Retrac
fähigkeit der Lunge; gerade der Effect dieser letzteren ist am Leb
ungleich grösser als an der Leichenlunge.

Der im Verlauf von Lungenschwindsucht auftretende Pn
thorax ist in der Mehrzahl der Fälle ein Ventilpneumothorax.

Wenn der Verschluss an zuführenden Bronchien mit nachgie
Wandung und von kleinem Kaliber stattfindet, so dass sie durc
positiven Exspirationsdruck geschlossen werden können, so wird
trotz grosser Perforationsöffnung dennoch ein Ventilpneumoth
entwickeln können. Offener Pn. wird entstehen, wenn durch gr
Bronchien mit starrer Wandung soviel Luft bei der Exspiratio
rücktritt, als während der vorausgehenden Inspiration in die P
höhle eindrang.

Da ferner bei dem exspiratorischen Verschluss der Fistel
der zuführenden Bronchien die Retraction der Lunge eine wi
Rolle spielt, so wird um so sicherer ein Ventilpneumothora
stehen, je vollkommener nach stattgehabter Perforation die Retr
der Lunge erfolgen kann. Wenn diese nicht (Adhäsionen an der
wand, Infiltration des Gewebes) oder nur in unvollkommener Wei
sich gehen kann, so wird unter sonst günstigen Umständen ein o
Pn. entstehen.

Die anatomische Differentialdiagnose der verschiedenen Formen des Pn. kann am sichersten auf manometrischem Wege entschieden werden. Bei offener Communication der in der Pleurahöhle befindlichen mit der äusseren atmosphärischen Luft muss der Druck im Pleurasack gleich dem atmosphärischen sein. Wird der Druck in der Pleurahöhle grösser gefunden als der atmosphärische, so kann es sich nur um geschlossenen oder Ventilpneumothorax handeln. An der Leiche ist die Bestimmung des Gasdruckes nicht schwer, man setzt eine konisch sich verjüngende Glascanüle mit einem Wassermanometer in Verbindung und sticht in den abpräparirten Intercostalraum ein, über dem man hellen lauten Percussionsschall findet.

Verf. hat in 6 Fällen den Druck der Gase an der Leiche bestimmt und stets den Druck positiv, zwischen 3 und 14 cm schwankend gefunden, es musste also während des Lebens geschlossener oder Ventilpneumothorax bestanden haben.

Von den klinisch-differentialdiagnostisch wichtigen Erscheinungen werden das tintement métallique Laënnecs, Höhenwechsel des tympanitischen Schalles (Wintrich) — des Metallklanges (Biermer), das Verhalten des Auswurfs (Wintrich, Biermer), die Verdrängungserscheinungen (Powell) und ganz speciell die Verwerthbarkeit der chemischen Zusammensetzung des in der Pleurahöhle befindlichen Gasgemenges besprochen. Wenn nämlich die Communication zwischen atmosphärischer Luft und Pleurahöhle frei ist, so muss sich das Gas immer wieder erneuern und wenn man mehrere Proben des Gases entnimmt, so müssen die letzten mehr Sauerstoff und weniger Kohlensäure enthalten als die ersten, andernfalls müssen die Proben stets dieselbe Zusammensetzung zeigen. Das „Wasserpfeifengeräusch" (Unverricht) und das „Lungenfistelgeräusch" (Riegel) sind nicht neue Symptome, wie dies Riegel selbst angibt, und kommen sicher in einer Reihe von Fällen unter günstigen Bedingungen zur Beobachtung.

Nach den Resultaten der Thierversuche und der an menschlichen Leichen angestellten Druckmessungen würde die Bestimmung des in der Pleurahöhle des Lebenden herrschenden Gasdruckes von der grössten Bedeutung sein, da sie die für die Prognose und etwaige operative Behandlung des Falles wichtige Unterscheidung zwischen organisch und mechanisch geschlossenen Pneumothorax gestattet.

Es kann der diagnostische Eingriff auch sofort zu therapeutischen Zwecken verwerthet werden, wenn man einen Fräntzelschen Troicart einmal mit einem Wassermanometer und zweitens mit einem Saugapparat in Verbindung setzt.

Seifert (Würzburg).

---

406. **Edinger, Zur Physiologie und Pathologie des Mag** (Arch. f. kl. Med. XXIX. p. 555.)

I. Untersuchungen am gesunden Magen.

Zeitliche Verhältnisse des Auftretens freier Salzs im Speisebrei während der Verdauung.

E. hat eine grössere Anzahl Versuche sowohl an sich selbst, an Patienten seiner Krankenhausabtheilung in Giessen angestellt, der Art angelegt waren, dass feine, sandfreie, durch Behandlung Salzsäure von allen kohlensauren Alkalien befreite Schwämmchen $^3/_4$ m lange Seidenfäden befestigt und in Gelatinekapseln eingepackt schluckt wurden, so zwar, dass das Ende des Fadens noch aus Munde herausragte. — Dabei musste dafür gesorgt werden, das Kapsel auch wirklich in den Magen und insbesondere in den Speis gelangte, was meistens durch Verschlucken von einem Bissen Brod durch einen Schluck Wein erzielt wurde. — Nach etwa 15 Min nachdem die Gelatinkapsel gelöst und der Schwamm sich vollges hat, wird er an den Enden entfernt und sein Inhalt von 5—6 Tr Flüssigkeit in eine Uhrschale gesättigter Tropäolinlösung ausgedr — die dunkelpurpurrothe Färbung desselben zeigt die Anwese freier Salzsäure in der Flüssigkeit an, eine Reaction, die v. d. Ve in der Praxis der Klinik eingeführt hatte. Tropäolin wird in geri Grade auch durch Milchsäure bis auf 0,5 % und durch Essig bis auf 0,1 % Verdünnung roth gefärbt, dagegen durch Salz noch bei 0,01 %; — ein Ausschütteln mit Aether giebt ihm abe den beiden genannten organischen Säuren seine ursprüngliche gelb Farbe wieder. — Auch mit dem von Uffelmann empfohlenen I weinfarbstoff, als Reaction auf freie Salzsäure, wurden brauch Resultate erzielt. — Eine Anzahl Versuche am nüchternen Mage gaben keine Salzsäurereaction.

Nach dem ersten Frühstück konnten manchmal nach $^1/_2$ St Spuren freier Salzsäure nachgewiesen werden, gewöhnlich gelan Nachweis derselben eine bis anderthalbe Stunde nach dem Frühs und war von diesem Zeitpunkte an häufig noch nach 5—6 St freie Salzsäure im Magensafte zu finden. — Beim Mittagessen wa wöhnlich nach $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde freie Salzsäure nachweisbar, f dann aber immer in der zweiten, zuweilen auch in der d Verdauungsstunde; gewöhnlich trat sie in der letztern wieder au wurde in der vierten Stunde nach eingenommener Mahlzeit in ke Falle vermisst.

Die bis jetzt vorliegenden Untersuchungen las wenigstens bei gemischter Nahrung, die zweite Stunde nach e mässigen, die dirtte bis vierte Stunde nach einer r lichen Mahlzeit als diejenige Verdauungsperiode erke in der der Speisebrei eines gesunden Magens freie, schüssige Salzsäure enthält.

II. Untersuchung des Magensaftes in einem Falle von Typhus abdominalis.

Ein Beitrag zur Lehre von dem Chemismus der Verdauung Fiebernder.

Anschliessend an die Untersuchungen Manasseïn's, Uffelmann's, v. d. Velden's und Sassezki's über den Gehalt des Magensaftes Fiebernder an freier Salzsäure, die bis jetzt noch nicht zu einem übereinstimmenden Resultate gelangt sind, befasst sich E. mit der gleichen Frage, zu deren Bearbeitung ihm ein Fall von Typhus abdominalis Veranlassung gab, der mit der unangenehmen Complication des Erbrechens einherging und dadurch Gelegenheit bot, grössere Mengen Magensaft während der hochfiebernden Periode wiederholt auf ihren Gehalt an freier Salzsäure zu prüfen.

In dem vorliegenden Falle konnte bei einer durchschnittlichen Tagestemperatur von 38,8 ° C. — 39,8 ° C. (einmal selbst bis 40 ° C.) stets in dem Erbrochenen, nach Genuss von Bouillon mit Fleischsolution, mit den bekannten Proben freie Salzsäure nachgewiesen werden.

III. Weitere Untersuchungen über Amyloiddegeneration des Magens.

Bei zwei mit allgemeiner Amyloidentartung der Organe und in Specie mit aus der Section sich ergebender Amyloidentartung der Magenschleimhautarterien behafteten Kranken war die freie Salzsäure des Magensaftes vermisst worden.

Die Amyloidentartung der Magengefässe ist keine seltene Affection und fand sich auch bei einer grösseren Anzahl von Fällen, bei denen die parenchymatösen Organe von diesem Processe befallen waren. Dabei wird nicht selten Amyloiddegeneration der Muskulatur und Dilatation des Magens beobachtet. Diesem Verhalten des Magens analog theilt E. noch einen Fall mit von enormer Ausdehnung des Colon transversum, dessen Muskelfasern zum grössten Theil in glänzende, die Amyloidreaction gebende Massen umgewandelt waren. Die Entstehung dieser Erweiterung erklärt sich sehr einfach aus der durch die gestörte Ernährung der Muskulatur bedingte Abschwächung der Peristaltik und der Widerstandslosigkeit der Magenwandungen gegen den Druck der Contenta. (Atonische Erweiterung, Kussmaul.)

In der Schleimhaut des amyloiden Magens werden sehr häufig Ulcera gefunden, meist mehrfach und flach, seltener tiefer gehend, zuweilen ganz von dem Charakter des runden Magengeschwürs.

Die Entstehung dieser Geschwüre erklärt E. dadurch, dass die in Folge der Amyloidentartung der Gefässe mangelhaft oder gar nicht mehr ernährten Schleimhautpartien der Verdauung anheimfallen; und zwar sind es nicht die amyloiden Partien, welche in die Geschwürsbildung eingehen, sondern die nicht amyloiden Gewebe, soweit ihre Blutversorgung von den degenerirten Gefässen aus ungenügend ist, durch den Verdauungssaft zerstört.

Ueber die Veränderungen, welche die physiologischen Fun des Magens durch die amyloide Entartung seiner Gewebe und erleiden, hatte E. an 5 Amyloidkranken Gelegenheit, Untersuc anzustellen, von denen bei 4 die Section Amyloidentartung der schleimhautgefässe ergeben hat, während einer der Kranken, ein siker, mit multipeln periostitischen Processen zwar noch am Le aber alle Erscheinungen einer allgemeinen Amyloidentartung der darbietet. Bei zwei dieser Kranken, welche oben bereits e fehlte stets die freie Salzsäure im Magensaft; — auch bei ein Gestorbenen und bei dem noch Ueberlebenden fehlte jedesmal z der Untersuchung freie Salzsäure im Magensaft, während in Falle von Lungenphthise, bei dem die Section ausgedehntere A degeneration von Leber, Milz und Nieren, dagegen nur ganz gradige der Gefässe des Magens und Darms ergab, zweimal 4. Verdauungsstunde freie Salzsäure vermisst, einmal ganz de einmal zweifelhafte Reaction mit Tropäolin erhalten wurde. — Gehalt des Magensaftes an Pepsin scheint in keinem der vermindert gewesen zu sein. — Die Frage, ob das Fehlen o in nicht normaler Menge erfolgte Absonderung der freien Sa auf die Gefässwandentartung zurückzuführen sei, oder ob ande hältnisse, namentlich die hochgradige Anämie hierfür causale M bieten, hält Verf. noch nicht für spruchreif; für beide Anscha liegen Anhaltspunkte vor. — Ebenso kann die Frage, ob die ligung des Magens an der Amyloiddegeneration durch irgend Symptome während des Lebens erkennbar ist, zur Zeit auch ni Sicherheit beantwortet werden. — Störungen des Appetits u Verdauung, sowie Erbrechen sind hierfür keine pathognomonische tome abgesehen von einer Anzahl von Beobachtungen, bei de Amyloiddegeneration der Magengefässe den Appetit gar nicht trächtigte. — Auch dem Erscheinen von Blut im Erbrochenen, d einigen Autoren in Causalzusammenhang mit der Amyloiddegen der Magenschleimhautgefässe gebracht wurde, kann keine diagn Bedeutung beigelegt werden.

Engesser (Freiburg i.

---

407. **Wilh. Buchner, Ein Beitrag zur Lehre von der Einwi des Alkohols auf die Magenverdauung.** Aus der medic. des Herrn Prof. Leube in Erlangen. (Arch. f. klin. Med. p. 537. 1881.)

Ueber den Einfluss des Alkohol auf die Verdauung waren die neuere Zeit die Ansichten sehr getheilt; — die Hauptgesichts die hier in Frage kommen, hat Dr. Fleischer auf der Naturfo versammlung in Baden-Baden 1879 referirt. — Claude-Berna an der Hand von Thierexperimenten zuerst constatirt, dass dur spritzen kleiner Mengen Alkohol oder verdünnten Weingeistes d

sonderung des Magensaftes gesteigert wurde, denselben Effect hatte Einspritzung von Aether. Durch starken Weingeist wurde dagegen die Secretion des Magensaftes aufgehoben und die Verdauung unterdrückt. Ob diese Resultate durch einen specifischen, chemischen Einfluss des Alkohols, oder durch die mechanische Wirkung desselben, als Reizmittel erzielt wurden, ist nicht erwiesen, wiewohl die chemischen Eigenschaften der Alkohols, die er ausserhalb des Körpers zeigt, wie seine Fähigkeit Fette aufzulösen, Eiweisskörper (spec. Peptone) und ihre Lösungen auszufällen, sowie seine gährungs- und verdauungshemmende Einwirkung, die Vermuthung nicht unwahrscheinlich erscheinen lassen, dass er auch die Vorgänge innerhalb des Organismus in derselben Weise beinflusse.

Für den Menschenmagen kommt dann noch in Frage, wie viel Alkohol nöthig sei, um das obenerwähnte zweite Resultat, die Störung der Verdauung, zu erhalten, da die meisten Menschen mehr oder weniger an geistige Getränke gewöhnt sind und desshalb ihre Magenschleimhaut auf grössere Mengen Alkohol möglicherweise ganz anders reagirt.

In einer kleinen Reihe von Versuchen konnte Kretschy (1876) an einer mit einer Magenfistel behafteten Patientin deutlich einen verlangsamenden Einfluss des Alkohols beobachten. B. bediente sich zu seinen Versuchen der Methode der Magenausspülung mittelst der weichen Gummischlauchsonde und des Trichters, wie sie von Prof. Leube in die Praxis eingeführt wurde. — Eine Reihe künstlicher Verdauungsversuche, welche B. zur Controle anstellte, ergab, dass die Pepsinwirkung durch eine bis zu 20 Procent Alkohol enthaltende Flüssigkeit nicht vernichtet wird, wenn sie auch bei einer mehr als 10 Procent enthaltenden verzögert wird.

Da die mit absolutem Alkohol gewonnenen Resultate befriedigend waren, so wurde von Versuchen mit den sog. Spirituosen, wie Branntwein, Cognac, Rum, Arak etc. abgesehen, da dieselben blos 20—60-procentige Mischungen von Alkohol mit Wasser darstellen, die noch ein den specifischen Geschmack bedingendes ätherisches Oel enthalten.

Anders verhalten sich die beiden andern überall verbreiteten und genossenen alkoholhaltigen Getränke: Bier und Wein.

Eine zweite mit Bier angestellte Versuchsreihe ergab eine bedeutende Verzögerung in verdünntem und eine gänzliche Behinderung der Verdauung in unverdünntem Bier. — Dass der nur in geringem Procentgehalt anwesende Alkohol dieses Resultat nicht bedingt, ergab sich daraus, dass der Zusatz von 1 ccm Alkohol absolut keine Verzögerung, sondern eher eine Beschleunigung hervorbrachte.

B. ist geneigt für diese verdauungshemmende Wirkung des Biers, nachdem ausser dem Alkoholgehalt auch die Hopfenbestandtheile sich als ohne Einfluss auf die Verdauung erwiesen, und andere Stoffe, wie Milch- oder Essigsäure, sowie Kleber nicht herangezogen werden können, die Salze desselben verantwortlich zu machen und glaubt deren Wirkung durch die Annahme erklären zu können, dass die neutralen Salze des Biers: phosphorsaures Kali, phosphorsaure Magnesia, phosphorsaurer Kalk und Kieselerde, sobald sie mit der bei der Verdauung wirksamen freien Salzsäure zusammentreffen, sich in saure Salze

umwandeln, so die Säure der Verdauung entziehen und letzte
diese Weise verlangsamen oder aufheben. Diese Theorie gewi
Wahrscheinlichkeit durch zwei in dieser Richtung angestellte Ver
bei denen durch weiteren Zusatz von Salzsäure die durch da
sistirte Verdauung wieder in Gang gebracht und zur Vollendu
führt werden konnte.

Durch eine dritte Versuchsreihe wurde der Einfluss des W
zu erforschen versucht. Hier muss vor Allem der Alkoholgeha
einzelnen Weinsorten berücksichtigt werden, indem die leic
deutschen Weine von 6—10% Alkohol wohl voraussichtlich einen
Einfluss geltend machen wie die schwereren französischen Wei
einem Alkoholgehalt von bis 15% und die südlichen Weine, di
der Marsala mit einem Spritzusatz, wegen der Haltbarkeit, bis z
Alkohol enthalten.

Das Resultat war folgendes: Selbst die leichten Franke
(78er Kitzinger, 74er Reppendorfer) verzögerten die Verdauun
zwar um ein beträchtliches mehr, als eine entsprechende Alkoholmis
Noch auffallender trat dies bei Versuchen mit Rothweinen (Obe
heimer, Bordeaux) zu Tage.

Ebenso schlecht verdauten, wie es bei dem hohen Alkohol
nicht anders zu erwarten war, hochgestellte Ungarweine.

Am allerschlechtesten aber bewährte sich der als „Magen“
„Sanitätswein“ so vielfach angepriesene Marsala, da er selbst m
Hälfte Wasser verdünnt noch jede Verdauung verhinderte. — Ve
mit moussirendem Rheinwein angestellt ergaben ein ziemlich gü
Resultat. Bezüglich der Frage über den Grund der Verlangs
resp. gänzlichen Behinderung des Verdauungsprocesses bei Geg
der verschiedenen Weinsorten, ist B. an der Hand der küns
Verdauungsversuche nicht zu einem befriedigenden Schlusse geko
— Waren nun durch die künstlichen Verdauungsversuche auch
volle Resultate erzielt worden, die vielleicht in mancher Hinsic
auf die natürliche Verdauung im menschlichen Magen übertragen
so darf auf der andern Seite nicht vergessen werden, dass die
des lebenden Magens sich auch vergleichen lassen mit denen
Glasflasche, dass das verdauende Ferment nicht nur einmal den I
zugesetzt wird, sondern eine Zeit lang immer wieder frisch abges
wird, dass ferner die Ingesta nicht mit den reinen alkoholhaltig
tränken in Berührung kommen, sondern stets durch andere Flüssig
(Suppe etc.) verdünnt werden und dass endlich vom gesunden
die alkoholhaltigen Flüssigkeiten in ziemlich kurzer Zeit re
werden.

Bei einer Reihe von Ausspülungsversuchen, die B. an e
Patienten anstellte, wurde das Bier und der rothe Ingelheimer, w
den künstlichen Verdauungsversuchen angewendet. — Mit abs
Alkohol und Branntwein wurde aus Rücksicht auf die meist weib
Patienten kein Versuch gemacht. — Die Versuche waren so an
net, dass die betreffende Person Mittags 12 Uhr ihr Mittagsma
der betreffenden Menge Wein oder Bier einnahm und sich da
6 Uhr jeglicher Speise enthalten musste, zu welcher Zeit der
ausgespült und dann ein reichliches Abendessen gewährt wurd

Am nächsten Tage wurde dann jeweils die Verdauung ohne Zusatz von Wein oder Bier geprüft. — Aus den Versuchen ging hervor, dass Wein und Bier die (natürliche) Verdauung zwar nicht beträchtlich aber immerhin etwas verlangsamen; und glaubt B. auch die weitere Behauptung, wenn auch mit aller Reserve aufstellen zu können, dass ganz grosse Mengen dieser Getränke die Verdauung ganz aufzuheben im Stande seien.

Bei behinderter oder aufgehobener Resorption seitens der Magenschleimhaut, sowie bei mangelhafter Secretion von Magensaft, wie solches beim chronischen Magenkatarrh der Fall, wird die Magenverdauung dem künstlichen Versuche in der Glasflasche immer ähnlicher werden, und der Einfluss der eingeführten Alkoholien dementsprechend auch in erheblicher Weise sich geltend machen, als beim gesunden, resorptions- und secretionsfähigen Magen.

Die Resultate seiner Versuche stellt B. schliesslich in folgenden Punkten zusammen:

1. Alkohol als solchen hat bis zu 10 Proc. keinen Einfluss auf die künstliche Verdauung.
2. Bis zu 20 Proc. zugesetzt, verlangsamt es den künstlichen Verdauungsprocess.
3. Bei höherem Procentsatz hebt er denselben ganz auf.
4. Bier hindert, wenn unverdünnt, den künstlichen Verdauungsprocess gänzlich; mit Wasser verdünnt verzögert es ihn.
5. Ebenso die Roth- und Weissweine, während Weissweine auch unverdünnt nur eine Verzögerung zur Folge haben.
6. Bei natürlicher Magenverdauung scheint das Bier eine verdauungsverschlechternde Einwirkung zu besitzen (auch schon in kleinen Quantitäten).
7. Ebenso der Wein.
8. Bei gestörten Resorptions- und Secretionsverhältnissen der Magenschleimhaut wird sich diese Einwirkung bis zur völligen Behinderung des Verdauungsprocesses steigern können.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

408. **De Renzi, Proporzione dell' acido fosforico e dei fosfati alcalini e terrosi nelle urine degl' infermi.** Ueber das Verhalten der Phosphorsäure und der alcalischen und Erdphosphate im Harn der Kranken. (Ann. univ. di med. e chirurg. 1881. Heft 8.)

R. hat in 1879—80 244 Untersuchungen des Harns auf seinen Gehalt an Phosphorsäure und ihren Salzen bei den verschiedensten Krankheiten angestellt. Seine Resultate sind folgende:

1. Ein vollständiges Schwinden der Phosphorsäure aus dem Harn wird in keiner Krankheit, selbst nicht unmittelbar vor dem Tode, beobachtet. Es entspricht dies der grossen physiologischen Bedeutung, welche diese Säure und ihre Salze für den Organismus haben.

2. Es giebt keine Krankheit, in der eine constante und a
Vermehrung oder Verminderung der Phosphorsäure vorkomm
Grösse der im Harn ausgeschiedenen Quantität hängt vielmehr
der Nahrung, vom allgemeinen Ernährungszustand und von der Tl
Fleischnahrung, reger Stoffwechsel und der Gebrauch von ph
sauren Salzen vermehrt die Ausscheidung dieser Letzteren.

3. Die beträchtlichste Vermehrung der Phosphorsäureaussch
im Harn findet man beim Diabetes mellitus. Sie erreicht h
Mittel 5,036 gr pro die, während das tägliche physiologische
2,50 gr beträgt.

4. Bei Phthisis pulm. fand R. im Mittel täglich 2,766 gr, al
geringe Vermehrung gegen das physiologische Mittel, während St
bei Phthise eine geringe Verminderung constatirte.

5. Constant ist dagegen bei Phthise eine relative Verm
der Erdphosphate im Harn; R. vermisste dieselbe nur in einer
von mit beginnender Phthise complicirtem Diabetes, und glau
Grund dafür die ausschliessliche Fleischkost ansehen zu müsse
Darreichung von phosphorsaurem und unterphosphorsaurem Kalk
sich keine der eingeführten Menge entsprechende Vermehrung d
phosphate im Harn, so dass R. an eine theilweise Assimilation
Salze glaubt und ihre Darreichung bei Phthisis pulm. empfiehlt

6. Die von Teissier als besondere Krankheit beschriebe
als „phosphatischer Diabetes" bezeichnete Vermehrung der Ph
säure im Urin existirt nach den Beobachtungen von R. nicht.

Brockhaus (Godesb

---

409. **De Renzi, Variazioni della quantità dell' urea seg giornalmente in diverse malattie.** Ueber die Veränderungen verschiedenen Krankheiten täglich ausgeschiedenen Harnstoff (Ann. univ. di med. e chirurg. 1881. Nr. 8.)

Die bisherigen Angaben der Autoren über die Verschie
der Harnstoffausscheidung in den einzelnen Krankheiten stütz
nach R. zum grossen Theil auf eine zu kleine Anzahl von An
Die täglich ausgeschiedenen Harnstoffmengen schwanken ganz
hängig vom Krankheitsprocess in weiten Grenzen, so dass n
einer längeren Reihe von Untersuchungen sichere Schlüsse gezog
den können. R. hat bei 45 Kranken 660 Analysen des Harns a
Gehalt an Harnstoff gemacht und kommt zu folgenden Schlüsse
Menge des täglich ausgeschiedenen Harnstoffs ist auch beim K
abhängig von der Quantität und Qualität der Nahrung, von der
keit des nervösen Systems, der Muskelarbeit, der Wärmeprod
und dem Zustand der Muskeln und Nieren. Reichliche, eiweis
Nahrung erhöht die Harnstoffmenge, indess nur dann, wenn di
nahme und Assimilation der Nahrungsstoffe nicht beeinträchti

So ist die Vermehrung des Harnstoffs beim Diabetes nur auf die reichliche Fleischkost zu beziehen, während die Krankheit an sich nach den Beobachtungen von R. ohne Einfluss auf die Harnstoffausscheidung ist. Das Fieber steigert die Harnstoffproduction in Folge der stärkeren Verbrennung höchstens um $^1/_4$, nicht, wie Liebermeister u. A. angeben, um $^1/_3$ bis $^2/_3$; die Steigerung würde nach R. eine viel beträchtlichere sein und das Doppelte der Norm erreichen, wenn nicht der verminderte Appetit und die gestörte Verdauung die Aufnahme und Assimilation der Nahrung sehr beeinträchtigten.

Erhöhte Erregung des Nerven- und Muskelsystems hat Steigerung der Harnstoffausscheidung zur Folge; so fand R. in zwei Fällen von Chorea minor die tägliche Harnstoffmenge während der Dauer der abnormen Bewegungen zu 29,6 und 22,3 gr, mit dem Aufhören dieser Letzteren sank sie auf 15,7 resp. 17,1 gr; bei einem Phthisiker beobachtete er Verminderung der Harnstoffmenge proportional der Vermehrung der Stunden des Schlafs. Bei paralytischen Erkrankungen sinkt die Harnstoffausscheidung, das Umgekehrte findet Statt, wenn dieselben von einem activen Zerstörungsprocess in den Nerven oder Muskeln begleitet sind. Von der Leber behaupten verschiedene moderne Physiologen und Kliniker, dass sie in hohem Grade die Eigenschaft besitze, N-haltige Stoffe zu zersetzen und Harnstoff zu bilden; dementsprechend müsste vermehrte Activität dieses Organes, wie sie bei der Hyperämie und der Entzündung zu erwarten ist, Steigerung der Harnstoffausscheidung, dagegen alle destructiven Processe, seien sie circumscripte oder diffuse, Sinken derselben zur Folge haben. R. fand in 6 Fällen von Cirrhose eine bedeutend unter dem physiologischen Mittel bleibende tägliche Harnstoffmenge; in wie weit hierbei die Erkrankung der Leber an sich oder die gleichzeitig bestehenden Verdauungs- resp. Assimilationsstörungen, besonders beim Vorhandensein von Ascites im Spiele sind, lässt er dahingestellt; in einem Falle von einfachem Ascites nach Peritonitis beobachtete er gleichfalls eine sehr beträchtliche Verminderung der Harnstoffmenge. Doch scheint ihm der Umstand, dass in einigen Fällen von Lebercirrhose mit hochgradigem Ascites nach der Paracenthese keine Steigerung der Harnstoffausscheidung eintrat, für den directen Einfluss der Lebererkrankung zu sprechen. Eine beträchtliche Verminderung in der Harnstoffausscheidung beobachtete er endlich bei der parenchymatösen und interstitiellen Nephritis und bei der amyloiden Degeneration der Nieren.

Brockhaus (Godesberg).

---

410. **Dr. Albrecht** (Bern), **Pilocarpin. muriat. gegen Pertussis.** (Arch. f. Kinderheilk. Zweiter Band. 12. Heft.)

Verf. hat dasselbe bei 10 Patienten zwischen $1^1/_2$ und 9 Jahren angewandt und empfiehlt es zwar nicht als Specificum, aber als untrügliches Abortivmittel gegen die schlimmste Periode der Krankheit,

wenn es früh genug gereicht wird. Er wendet dasselbe in fol
Formel an:

Pilocarpin. muriat. 0,025
Cognac f. Champ. 5,0
Syr. cort. Aur. 25,0
Aq. dest. 70,0.

Nach jedem Anfalle einen Thee- resp. Esslöffel für Kinder
resp. über 5 Jahren zu reichen und im Laufe von 24 Stunden z
brauchen. Cognac setzt er hinzu zur Verhütung eines etwaigen C
Die Wirkung des Mittels ist schon kurze Zeit nachher laryngosk
zu beobachten und besteht in vermehrter wässriger Ausscheidun
Nachlass der entzündlichen Erscheinungen der Schleimhaut. Das
wurde ausgesetzt, sobald die Anfälle den katarrhalischen Cha
wieder annehmen. Zeigten sich nach 5 oder 6 Tagen wieder s
torische Anfälle, so wurde sofort wieder Pilocapin gereicht und
mit ausnahmslosem Erfolge, welcher in der Abnahme sowohl d
tigkeit als auch der Häufigkeit der Anfälle bestand. Abkürzu
ganzen Krankheitsdauer wurde nicht beobachtet, dagegen wur
schnellerer Uebergang in das katarrhalische Stadium regel
constatirt.

Neue Bücher.

Discussion sur la tuberculose et la scrofulose, collection des travaux c
niqués à la société médicale des hôpitaux de Paris dans le cours d
discussion. Paris, Asselin et Co.

Florez-Arteaga, De la congestion utérine et de la métrorrhagie d'
névralgique. Paris.

Giraud-Teulon, La vision et ses anomalies, cours théorique et p
sur la physiologie et les affections fonctionnelles de l'appareil de
Paris, J. B. Baillière et fils.

Keroumès, Etude dscriptive et diagnostique de quelques éruptions
cours de la fièvre typhoïde. Paris.

La Cuevra, Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte; D
vrysmes multiples. Paris, Berthier.

Minière, Symptomes et diagnostic du testicule syphilitique. Avec 4 p
coloriées. Paris.

Lalesque, Etudes critiques et expérimentales sur la circulation pulm
Anatomie, Physiologie, Applications pathologiques. Paris, Masson

Loison, Contribution à l'étude du cancer du cardia. Paris.

Marchant, Des épauchements sanguins intracraniens consécutifs a
matisme. Paris, J. B. Baillière et fils.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **9. November.** **Nro. 29.**

(Aus der medicinischen Klinik zu Bonn.)

Ueber den Einfluss der Anwendung transportabler pneumatischer Apparate auf die Circulation des gesunden Menschen.

(Eine experimentelle Untersuchung mittelst des von Basch'schen Sphygmomanometers.)

Von

Dr. R. Lenzmann.

Es kam bei der vorliegenden Abhandlung darauf an, die Effecte und die Nachwirkungen der verschiedenen bei der Anwendung der transportablen pneumatischen Apparate möglichen Athmungsmodificationen auf die Circulation, besonders auf den Blutdruck mit Zahlen zu belegen, sodann zu untersuchen, inwieweit bei dem Zustandekommen dieser Effecte neben den mechanischen Einflüssen auch solche im Gebiete nervöser Apparate eine Rolle spielen.

Die zur Lösung dieser Aufgabe nothwendigen Experimente
mittelst des erst in neuester Zeit der Oeffentlichkeit übergebene
Basch'schen Sphygmomanometers ausgeführt, eines Instrumentes, w
ermöglicht, den Blutdruck an der Radialarterie des Menschen
in Zahlenwerthen zu bestimmen. Das bei der Construction
Instrumentes, dessen genaue Beschreibung sich in der „Zeitschri
klinische Medicin“ (II. B. 1. Heft. pg. 79) findet, verfolgte P
gipfelt in der Möglichkeit, den Druck, unter welchem eine in
elastischen Röhre fliessende Flüssigkeit steht, dadurch zu bestin
dass von aussen auf diese Röhre ein Druck ausgeübt wird, w
das Lumen derselben zum Verschwinden bringt. Damit dieser
gleichmässig und auf möglichst viele Punkte der Oberfläche des
erwähnten elastischen Rohres wirken könne, wird derselbe an
Sphygmomanometer bewerkstelligt durch eine sogenannte „flü
Pelotte aus Seidenzeug, welche eine Quecksilbersäule trägt, so
dass das Quecksilber, je nachdem mit der Pelotte ein grössere
geringerer Druck ausgeübt wird, steigt oder fällt und somit, eine h
oder niedrigere Säule bildend, einen Massstab gibt für den I
welcher aufgewandt werden musste, um das Lumen des Rohres
Verschwinden zu bringen. Es trifft diese Methode der Druckme
der Vorwurf, dass bei derselben nicht allein der Druck gemessen
unter dem die in dem elastischen Rohre fliessende Flüssigkeit
oder, besser gesagt, nicht allein die Kraft, mit der die Flüss
auf jeden Punkt der innern Oberfläche der Wand des Rohres d
paralysirt wird, sondern auch der Kraftwerth des Widerstande
messen werden muss, welchen das in Frage stehende elastische
falls es im leeren Zustande ist, dem Verschwinden seines Lumen
gegensetzt. Dieser Vorwurf fällt aber, wenn an der mensch
Arterie experimentirt wird, fort, denn von Basch hat mit Recht
aufmerksam gemacht, dass — wie er an Arterien frischer Le
constatiren konnte — nicht allein der Widerstand, den eine leere A
dem Verschwinden ihres Lumens entgegensetzt, ein äusserst ge
ist, sondern sogar ganz unberücksichtigt bleiben kann, weil der M
tonus, unter welchem eine lebende Arterie steht, bestrebt ist, das L
des Gefässes zum Schwinden zu bringen. Besondere äussere
Experiment mit dem v. Basch'schen Instrumente complicirende
hältnisse, wie die über der Art. radialis liegende Haut mit Panni
adiposus, die ungeeignete Lage der Arterie bei vielen Menschen,
unmöglich macht, dieselbe gegen eine feste Unterlage zu drück
was unumgängig nothwendig ist —, erheischen, wenn sie keine gr
Ungenauigkeiten zu Wege bringen sollen, eine besondere Uebu
Appliciren des Instrumentes und zwingen dazu, eine vorsichtige
wahl unter den Versuchsobjecten zu treffen. Behufs Anstellun
Experimente zu unserm vorliegenden Zwecke ist das von Basc
Stativ, welches das Instrument mit seiner Pelotte gegen die A
vermittelst einer Schraube anzudrücken erlaubt, von Finkler
modificirt worden, dass das Sphygmomanometer vermöge seiner ei
Schwere die Arterie comprimirt, und, falls diese Compression zu
ist, mittelst eines leicht handlichen Schraubenmechanismus rasch w
gehoben werden kann. Dies so abgeänderte Stativ erlaubt eine

lichst genaue Dosirung des Druckes und eine in kurz aufeinanderfolgenden Zeiträumen stattfindende Application des Instrumentes. Das jedesmalige Verschwinden des Pulses peripher von der Stelle des Druckes wurde durch den Finger des Experimentators constatirt.

Die Messungen, welche während des Valsalva'schen Versuches angestellt wurden, ergaben eine bedeutende Erniedrigung des Blutdrucks. War derselbe z. B. bei ruhiger Athmung 145 mm, so fiel er sofort im Anfange des Versuches, während dessen ganzer Dauer 3 verschiedene Messungen angestellt wurden, auf 115 mm, um dann auf 110 und schliesslich 100 mm zu sinken; als zweites Beispiel seien noch die entsprechenden Zahlen: vor dem Versuche 150, während desselben 120, 120, 115 mm angeführt. Dass gleich im Anfange des Versuches schon ein Sinken des Blutdruckes zu beobachten ist, kann nur bei Berücksichtigung der Wirkung des Valsalva'schen Versuches auf das Nervensystem erklärt werden. Waldenburg, der freilich während der ganzen Dauer des Versuches ein Steigen des Blutdrucks aus der Unterstützung der Herzarbeit durch den in der Lunge etablirten höhern Druck resp. durch die Verminderung der Saugkraft des Thorax erklären will, ist insofern Recht zu geben, als, wenn nur mechanische Momente in Betracht kommen, wenigstens am Anfange des Versuches ein Steigen des Blutdruckes zu Stande kommen müsse. Denn abgesehen davon, dass — worauf Waldenburg ein allzu grosses Gewicht legt — unter dem Einflusse der während des Versuches verringerten Saugkraft des Thorax die Herzarbeit in geringem Maasse auf mechanischem Wege gefördert werden mag, wird gleich im Anfange des Versuches, wo die Lunge noch ein normales Blutquantum führt, eine grössere Blutmenge, als normal, durch den auf die Gefässoberfläche in der Lunge ausgeübten höhern Druck der Luft nach dem linken Ventrikel hin ausgepresst, so dass das arterielle System stärker gefüllt wird; der Druck im genannten System müsste desshalb steigen, wenn nur mechanische Verhältnisse im Spiele sind. Im weiteren Verlaufe des Versuches muss auch unter dem alleinigen Obwalten mechanischer Einflüsse ein Sinken des Blutdrucks zu Stande kommen. Denn dadurch, dass wegen Anwesenheit comprimirter Luft in der Lunge die Saugkraft des Thorax abnimmt, muss der Blutzufluss zum rechten Herzen erschwert werden, was eine unter dem Normalen liegende Speisung des linken Ventrikels und eine Stauung im Venensystem zur Folge haben wird. Beides muss aber ein Sinken des Blutdrucks bewirken, das Erstere, weil der linke Ventrikel nunmehr nur weniger Blut, wie normal, in das Arteriensystem einpumpen kann, das Letztere, weil, wie Zuntz und Lichtheim nachgewiesen haben, bei venöser Stauung der Druck im zugehörigen Arteriensystem sinkt. Bei der Analyse der beim Valsalva'schen Versuche in Frage kommenden mechanischen Verhältnisse kann also zunächst ein Steigen, dann ein Sinken des Blutdrucks erwartet werden. Dass dies anfängliche Steigen gar nicht in die Erscheinung tritt, sondern sofort im Anfange des Versuches ein sehr niedriger Blutdruck, der freilich im weiteren Verlaufe noch mehr sinkt, zu beobachten ist, kann nur aus dem Einflusse, den die in der Lunge enthaltene comprimirte Luft auf das Nervensystem ausübt, erklärt werden. Dieser letztere Einfluss ist derselbe, den Sommerbrodt schon beobachtet und durch

Experimente näher begründet hat; er fand, dass durch jede intr
chiale Drucksteigerung beim Menschen die sensiblen Lungen
gereizt werden, woraus Reflexwirkung auf die vasomotorischen N
im depressorischen Sinne und eben desshalb Verminderung des
der arteriellen Gefässe, Erweiterung der Blutbahn und Sinke
Blutdrucks resultirt. Das Resultat mit Rücksicht auf das Ver
des Blutdrucks beim Valsalva'schen Versuche kann so zusa
gefasst werden: „Während des Versuches sinkt der Blutd
um ein Bedeutendes. Wenn auch das niedrigste Maass
selben erst gegen Ende des Versuches hervortritt, so w
doch der Druck am Anfange desselben nicht so sehr
Minimum ab, dass er auf Grund der Rückstauung de
nösen Blutes, eines Vorganges, der erst gegen Ende de
suches in seiner ganzen Wirkung auf den Blutdru
Kraft treten kann, erklärt werden könne, vielmehr
der am Anfange des Versuches schon sehr niedrige
druck durch einen Reflexakt zu Stande kommen, wi
Sommerbrodt bereits durch seine Untersuchungen
Menschen gefunden hat. Im weiteren Verlaufe des
suches kommt zu diesem den Blutdruck herabsetze
Reflexakte ein weiteres nach derselben Richtung hin
kendes Moment, die Rückstauung des venösen Blutes h
so dass ein Minimum des Blutdrucks resultiren muss".

Ausserdem ist bei dem in Frage stehenden Versuche regel
eine Steigerung der Pulsfrequenz zu beobachten, welche auch schon H
in Folge von Lungenaufblasung an Hunden constatiren konnte. „Die
frequenz steigt, doch nicht so, dass dieses Steigen gle
Schritt geht mit dem Abfallen des Blutdrucks, viel
hat der Blutdruck schon annähernd sein Minimum erre
während die Pulsfrequenz erst relativ wenig von der
abweicht, und doch ist sie schon auf dem Wege, zum Norm
zurückzukehren, während der Blutdruck, wenn auc
noch kurze Zeit, unter der Norm bleibt." Nach Hering
Sommerbrodt rührt diese Erhöhung der Pulsfrequenz von eine
pressorischen von der Lunge ausgehenden Reize des Vaguscentrum

Als Nachwirkung tritt eine Erhöhung des Blutdrucks in d
scheinung, was sich daraus erklärt, dass das vorher im Venens
durch den während des Versuches stattfindenden Druck der c
mirten Luft zurückgehaltene Blutquantum jetzt, wo dieser Druc
hört, mit Macht zum rechten Ventrikel strömt und, den kleinen
lauf überfluthend, dem linken Herzen zugeführt wird. Der link
trikel wirft jetzt grössere Blutmengen in das Arteriensystem,
Folge dessen stark gefüllt wird, der depressorische Einfluss au
vasomotorische Centrum hört auf, so dass die Arterien ihren fr
Tonus wiedergewinnen. Höchst wahrscheinlich ist auch jetzt ein a
Einfluss auf das eben erwähnte Centrum zu supponiren. Denn
Valsalva'sche Versuch, so lange es möglich war, andauern
konnte nur eine ungenügende Ventilation des Blutes stattfinden, s
der Organismus auf dem Wege der Erstickung war, eines Zustande
nach den Experimenten an Thieren von Zuntz, eine Erhöhung de

drucks zur Folge hat. Kurz gesagt: „Nach dem Valsalva'schen Versuche steigt der Blutdruck über die Norm, und zwar fast ebenso viel, wie er während des Versuches unter dieselbe gefallen war. Der hohe Blutdruck dauert noch eine Zeit lang (einige Minuten) fort und kehrt erst allmählich zur Norm zurück."

Die bei der Inspiration comprimirter Luft erzielten Resultate sind im Wesentlichen dieselben, wie beim vorhergehenden Versuche. Der Blutdruck sinkt und bleibt auch noch eine Zeitlang (wenige Minuten) nach dem Versuche subnormal, eine Nachwirkung, welche nur auf einer Fortdauer, gleichsam einem Nachklingen des oben schon beim Valsalva'schen Versuche erwähnten physiologischen Factors beruht. Denn es ist nicht anzunehmen, dass das mechanische Moment länger nachdauert, als höchstens während der dem Versuche selbst folgenden Exspiration, welche, wenn sie rasch vor sich geht, nicht im Stande ist, die während der forcirten Inspiration der Lunge einverleibte grosse Luftmenge in toto auszutreiben, und desshalb die Luft in der Lunge comprimiren muss. Dass in der That ohne Mitwirken des mechanischen Factors ein Sinken des Blutdrucks zu Stande kommen kann, ist beim Valsalva'schen Versuche schon constatirt und von Sommerbrodt dargethan. Er konnte an seinen Sphygmogrammen beobachten, dass durch schwächere intrabronchiale Drucksteigerungen, wie sie z. B. durch beschleunigt vertieftes Athmen, Singen, lautes Reden hervorgebracht werden, schon eine Reflexwirkung auf die Gefässnerven zu Stande kommt, und desshalb der Blutdruck sinkt, ohne dass dabei schon von einer Rückstauung des venösen Blutes die Rede sein kann. Endlich mag auch durch die Inspirationen comprimirter Luft eine bessere Ventilation des Blutes zu Stande kommen, wodurch bekanntlich auch der Blutdruck herabgesetzt wird.

Werden die Inspirationen comprimirter Luft länger fortgesetzt, so finden wir zunächst dieselbe Nachwirkung, also auch einen abnorm niedrigen Blutdruck; sodann aber ein Steigen desselben über die Norm, bis er endlich wieder in die Grenzen bei normaler Athmung einlenkt. Dieser zweite Theil der Nachwirkung, nämlich das Steigen des Blutdrucks, ist vielleicht so zu erklären, dass, nachdem der depressorische Reiz aufgehört hat, nun der pressorische Tonus wieder in Kraft tritt, und zwar wegen längerer Ruhe seines nervösen Centrums in einem solchen Maasse, dass zunächst eine Steigerung des Blutdrucks resultiren muss. Diese Annahme stützt sich auf Experimente, die Zuntz an Kaninchen angestellt hat. Er ist bei jenen zu Resultaten gelangt, die eine derartige Annahme rechtfertigen. Bei der Inspiration comprimirter Luft gelangt also kurz Folgendes zur Beobachtung: „Der Blutdruck sinkt während des Experimentes unter die Norm. Dieses Sinken des Blutdrucks findet statt auf Grund zweier Factoren, eines mechanischen und vor Allem physiologischen Factors, welche beide unter dem Einflusse comprimirter Luft in Kraft treten. Der niedrige Blutdruck ist auch noch mehr oder weniger lange Zeit als Nachwirkung unseres in Frage stehenden Athmungsmodus zu beobachten, und zwar so, dass diese Nachwirkung um so

schärfer hervortritt, je länger der Gebrauch compri
Luft fortgesetzt wurde. Nach wenigen Athmungen
der Druck allmählich zur Norm zurück, ohne vorhe
seine gewöhnliche Grenze zu gehen, während nach
ren Athmungen derselbe, bevor er zur Norm zurück
erst ebenso lange Zeit über das Normale steigt, wie
her unter ihm blieb, um dann erst allmählich au
früheres Maass zurückzukehren. Diese Nachwirku
sich zur Beobachtung drängt, ist auf Einflüsse der c
mirten Luft im Gebiete des Nervensystems zur
führen."

Der Puls ist während des Versuches und noch einige Ze
demselben frequenter, wie normal.

Bei der Exspiration in comprimirte Luft muss neb
im Sommerbrodt'schen Sinne stattfindenden depressorischen E
auf das vasomotorische Centrum der mechanische Factor in be
ausgeprägter Weise zur Geltung kommen. Denn bei dieser Ath
modification existirt ein über der Norm liegender Luftdruck in
der Lunge, während diese selbst nicht im Zustande der höchs
spirationsstellung, wie bei der Inspiration comprimirter Lu
harrt, sondern während sie, wenigstens annähernd, in der Exspi
stellung steht. Da nun schon bei gewöhnlicher Athmung
der Exspiration die Saugkraft des Thorax verringert ist, so wi
um so mehr der Fall sein, wenn der in gleichem Sinne w
Einfluss der comprimirten Luft in dieser Stellung der Lu
Geltung gelangt. Die Resultate der Exspiration in comprimi
sind desshalb auch sehr prägnante und ganz analog denjenigen
spiration comprimirter Luft: „Der Blutdruck wird herabg
Der niedrige Druck überdauert die Ausathmung nur
Zeit, um dann entweder sofort auf sein früheres
zurückzukehren, oder erst, nachdem er vorher ges
war. Das Erstere findet statt bei wenigen Exspirat
das Letztere, sobald ein länger fortgesetzter Ge
der comprimirten Luft in Frage kommt; die Pulsfre
steigt während des Experimentes selbst, um nac
selben in das frühere Geleise zurückzugehen."

Bei der Inspiration verdünnter Luft muss die sc
gewöhnlicher Inspiration bestehende Saugkraft des Thorax n
grössert, desshalb dem Venenblutzuflusse zum rechten Herz
schub geleistet und die Lunge stark hyperämisch werden, zuma
Anwesenheit von verdünnter Luft in der Lunge die Lunge
eine Erweiterung erfahren und desshalb mehr Blut fassen
Der linke Ventrikel wird reichlich mit Blut gespeist werden,
die Circulation gehoben wird, und der Blutdruck steigt. B
starker Luftverdünnung und länger fortgesetzten Inspiratione
jedoch der kleine Kreislauf auf Kosten des grossen derart
sein, dass trotz des beförderten Venenblutzuflusses zum rechten
doch nicht grössere Mengen, wie normal, oder gar geringe
quanta zwischen dem linken und rechten Herzen circuliren,
dann entweder der Blutdruck derselbe bleibt oder gar sinken kan

dem Versuche tritt stets eine Steigerung des Blutdrucks auf, welche sich theils daraus herleitet, dass jetzt, wo die Lungengefässe ihr normales Lumen wieder annehmen und der erhöhte Blutzufluss zum rechten Herzen aufhört, das in der Lunge angehäufte Plus von Blut sich ins Arteriensystem ergiesst und dasselbe stark anfüllt, theils aus einer dyspnoischen Reizung des vasomotorischen Centrums, welche aber nur dann zu supponiren ist, wenn die Inspirationen verdünnter Luft so lange fortgesetzt wurden, dass während des Experimentes selbst ein Sinken des Blutdrucks zu Stande kam.

Das Resultat lautet: „Bei ein- bis zweimaliger Inspiration verdünnter Luft steigt der Blutdruck während der Inspiration, um seine grösste Höhe erst bei der folgenden Exspiration zu erreichen. Bei länger fortdauernden Athmungen verdünnter Luft kann der Blutdruck derselbe bleiben oder auch fallen, was sich im concreten Falle nach dem Grade der angewandten Verdünnung und der Dauer des Experimentes richtet. Als Nachwirkung wird stets ein bedeutendes Steigen des Blutdrucks beobachtet."

Der Effect der Exspiration in verdünnter Luft ist ganz analog dem vorhergehenden Athmungsmodus. Doch müssen die Erfolge hier weniger prägnant auftreten, weil die Luftverdünnung innerhalb der Lunge statthat, wenn diese in der tiefsten Exspirationsstellung steht, also die Saugkraft des Thorax verringert ist und desshalb dem mechanischen Factor, der für den Gebrauch der verdünnten Luft charakteristisch ist, entgegenarbeitet.

---

411. Aus dem Statistischen Sanitäts-Bericht für die Kgl. Preuss. Armee und das XIII. (Königl. Württemb.) Armee-Corps für das Rapportjahr 1. 4. 78. bis 31. 3. 79. (Berlin 1881.)

Behandlung der typhösen Erkrankungen p. 13.

Im Anschluss an den letzten Bericht (conf. dieses Blatt 1. Jahrg. p. 355) wird der besonders günstige Erfolg der systematisch angewandten Brand'schen Kaltwasser-Behandlung hervorgehoben. Im Bereich des 2. Armee-Corps wurden bei genauer Durchführung derselben von 384 an Typhus und gastrischem Fieber erkrankten Mannschaften, 377 wiederhergestellt. Bei einer 83 Fälle umfassenden Epidemie in Strassburg i. E. starb bei derselben Behandlung nur einer und zwar an einer gangränösen Perichondritis laryngea, während die Obduction beginnende Heilung der Darmgeschwüre nachwies. Die bereits früher gemachte Erfahrung, dass Darmblutungen bei dieser Behandlung nicht vorwiegen, bestätigt auch dieser Bericht, indem im Gegentheil Darmblutungen bei den auf andere Weise behandelten Kranken häufiger waren. Eine Uebersicht über die Complicationen unterstützt

den gegen die Kaltwasserbehandlung erhobenen Vorwurf, dass die
die Entwicklung complicatorischer Lungen-Erkrankungen begün
ebenfalls nicht, da gerade die reine Hydrotherapie weniger sch
Lungen-Affectionen aufweist als die reine medicamentöse oder di
mischte Behandlungsweise.

Bemerkenswerth ist unter Casuistik noch ein von O. St. A. K
beobachteter Fall, welcher sehr viele Bäder (im Ganzen 136) wä
seiner Behandlung bekam und in der 4. Krankheitswoche von Ga
sämmtlicher Zehen, welche schliesslich zur Amputation führte, be
wurde.

Die Typhus-Mortalität in der ganzen Armee betrug 52,4%.

Vergiftungen

durch den Genuss einer Mittagsmahlzeit von Erbsen, Sauerkohl
Pökelfleisch aus gemeinschaftlicher Menage erkrankten 46 Mannsch
an Frieren, Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerz, Leibschmerz und
geschlagenheit der Glieder in dem Maasse, dass sie dem Lazareth
wiesen werden mussten. Nach 6—8 Tagen waren sämmtliche ge
einer starb. Bei der Obduction ergab sich Gastro-Enteritis, st
weise Blutergüsse, im unteren Abschnitt des Dünndarms den typ
ähnliche Geschwüre. Da nun sonstige charakteristische Symptome
Befunde nicht für Typhus sprechen, wird der Fall als eine Intes
Mycose zu deuten sein. Von der Pökellake, welche nach der c
schen Untersuchung metallische Gifte nicht enthielt, wurde meh
Thieren eingeflösst. 4 Kaninchen starben nach Gaben von 1 gr
starker vorhergegangener Unruhe, vermehrter Athem-Frequenz,
krampfhaften Zuckungen nach 3—4 Minuten. Section ergab hämo
gische Gastritis und Blutungen unter die Pleura.

Bei der Katze trat Erbrechen ein und dann starke allge
Depression. Obductionsbefund, nachdem die Katze 24 Stunden s
getödtet ist, erzielt ebenfalls hämorrhag. Gastritis. Die gleiche
scheinungen bieten die sich von der Intoxication erholenden H
Näheres p. 18.

Bei Gelenkrheumatismus zeigt sich von Jahr zu Jahr ein
nahme der Behandlungsdauer. Ob. St. A. Lühe Stralsund versuchte
zoësäure oder ihr Natronsalz 15—20 gr pro die und berichtet da
dass es Mittel seien, welche den Verlauf des acuten Gelenkrheumat
in einer Weise beeinflussen, wie kein anderes Mittel, ausgenomme
Salicylsäure. Es wirke jedoch nicht so prompt und verhindere e
wenig Recidiv und Recrudescenz, wie Salicylsäure.

Ein besonderes Augenmerk ist in Folge höherer Anregung
Frage zugewendet worden, ob sich Gesichtspunkte finden liessen
eventuell die Pneumonie als eine Infectionskrankheit kö
erscheinen lassen. Positive Beweise für diese Annahme sind nich
geben, vielmehr gerade accidentelle (Erkältungs-) Ursachen recht h
beobachtet worden.

Von acuter gelber Leberatrophie wurden aus Köln 3
beobachtet. Ursache blieb dunkel. Der Tod trat unter den beka
Erscheinungen zweimal nach 3 Tagen, einmal nach 4 Tagen ein;
Obductions-Ergebnisse p. 24 etc. ergaben den gewöhnlichen Befu

p. 22. werden 3 Fälle von Ueberanstrengung des Herzens in Folge des Militärdienstes mitgetheilt (einmal nach angestrengtem Schwimmen, einmal nach Turnen, einmal nach einem Uebungsmarsche). Es folgen bei allen dauernde Störungen der Herzthätigkeit, welche in den beiden ersten Fällen mit muskulärer Dilatation, im letzten mit endocardialen und endoarteriitischen Prozessen vergesellschaftet sind.

Bartold.

---

412. **Prof. A. Zinnis, Principale cause de l'excessive mortalité chez les enfants-trouvés et moyens d'y remédier.** Athènes 1881.

Eine 22jährige Erfahrung belehrte den Director des Athener Findelhauses, dass die Ursache der excessiven Kindersterblichkeit im 1. Jahre in den Krankheiten des Intestinaltractus und der consecutiven Atrophie gegeben sei: Von 2581 innerhalb der Jahre 1869—78 in die Anstalt aufgenommenen Findelkindern starben 1506, und von diesen nicht weniger als 932 als Opfer der genannten Krankheiten. Als Ursache letzterer konnte nur die verkehrte Ernährung der Säuglinge beschuldigt werden, welche darin bestand, dass die Nährfrauen, selbst schlecht genährt und kaum im Stande, das eigene Kind an der Brust zu sättigen, das Findelkind bereits von der 3. Woche ab mit Reis- oder Griesbrei und Oel zu befriedigen suchen. Eine fast obligate Folge war ein oft in wenigen Tagen zum Tode führender Magendarmkatarrh, bezw. eine aus diesem resultirende Atrophie, welche ebenfalls die meisten Kinder diesseit des 3. Monats dahinraffte.

Die Bestrebungen Z.'s Kuhmilch als Nährmittel einzuführen, gaben wenig erfreuliche Resultate; die meisten Kinder wurden dyspeptisch, die Hälfte hatte bei der Entlassung an Körpergewicht eingebüsst. Dieser Misserfolg war seinerseits bedingt durch die Unmöglichkeit, eine rationelle Darreichungsweise der Milch (in frischem Zustande, reiner Saugflasche etc.) durchzuführen. Auch condensirte Milch vermochte den schlechten Resultaten keinen Einhalt zu thun. Dagegen führte die Darreichung des Lapp'schen Kindermehls zur Deckung des Mancos an Ammenmilch zu ganz unerwarteten Erfolgen: die Mehrzahl der Kleinen ertrug das Mittel, die Sterblichkeit der Darmkranken sank von 36% auf 18 %, die Gesammtmortalität von 58 % auf 32 %.

Fürbringer.

---

413. **Dr. Closset** (Langenberg), **Ein Beitrag zur künstlichen Ernährung der Säuglinge, in Sonderheit mit Biedert'schem Rahmgemenge.** (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. 1881.)

Verf. berichtet über die Anwendung des Biedert'schen Rahmgemenges bei 27 kranken Kindern und 3 gesunden Säuglingen. Erstere

litten an mehr weniger heftigen Affectionen des Digestionskan
einfachen Magenkatarrh bis zur Cholera infantum acutissima
atrophischen Zuständen.

Speciell eingetheilt, so litten:

1. an acutem Darmkatarrh 2 (beide 3 Monate alt);
2. an chron. Darmkatarrh 7 (darunter 3 unter 1 Jahr);
3. an acutem Magenkatarrh 2 (11 Monate alt);
4. an Brechdurchfall 10 (1 4 Monat, 1 7 Mon., 1 8
9 Mon., 1 10 Mon., 1 12 Mon., 2 14 Monat alt);
5. an Atrophie ohne besondere Organerkrankungen 6,
4, 2 Mon. 10 Wochen alt.

Bei den an chron. Darmkatarrh leidenden nur 2 Misserfo
übrigen erholten sich bald nach Darreichung des Rahmgemeng
jede andere Behandlung. Dasselbe Resultat erzielte Verf. be
Magenkatarrh und bei acuter Diarrhoe; nur war die Heilung h
rascher. Beim Brechdurchfalle nur 3 Misserfolge. Von den atro
Kindern erholten sich 3 in kurzer Zeit vollständig, zwei and
erst, als Biedert mit Grütze resp. 1 Theil Milch und 3 Theile
schleim vertauscht wurde.

Von den 3 gesunden Säuglingen gediehen 2 sehr gut;
dritten, welcher aus einer scrophulösen Familie stammte, entw
sich auch bei dieser Nahrung bald scrophulös-rachitische Ersche

Verfasser arbeitete nur mit Biedert Stufe 1—$^1/_8$ Lit. süss
$^3/_8$ gekochtes Wasser und 15 gr Milchzucker.

Kohts (Strass

---

414. L. von Holst, Zwei Fälle von Ileus aus ungewö Ursache. (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881, Nr. 40.)

N. D., 60 Jahre alt, trat mit den Symptomen eines akut
in's Hospital; kein Stuhlgang, Kotherbrechen, stark aufgetriebe
Athemnoth, Schmerz, besonders heftig im rechten Hypoch
kein Fieber; reichliche Wassereingiessungen ohne Erfolg; D
Darmokklusion; Patientin starb am 5. Tage. Die Sektion e
Zeichen einer abgelaufenen Perihepatitis und Peritonitis, so
Produkte einer neuerdings entstandenen Entzündung der Bau
aber keine Darmokklusion; dagegen — als auffallendste Ersche
eine weit verbreitete, massenhafte Produkte setzende hämorr
Entzündung im Zellgewebe der Gallenblase und im retroperi
Zellgewebe (zwischen Leber und rechter Niere), auch in dem
der rechten Nebenniere zahlreiche Hämorrhagien. Virchow
liche Befunde beschrieben. Den Mangel des Stuhlgangs und
kungslosigkeit der hohen Klystiere erklärt H. durch eine vol
Paralyse des Dickdarms. Diese sowohl als auch die antiperist
Bewegungen bringt er in Zusammenhang mit „den vielleic
supponirten als wirklich erwiesenen, nahen Beziehungen zwische
nieren und plexus solaris“.

Im 2. Falle handelte es sich um eine hernia incarcerata foraminis obturatorii dextri. Die Diagnose war während des Lebens nicht zu stellen. Als Sitz des Schmerzes wurde nicht die Leistengegend, sondern die rechte Seite der Nabelgegend angegeben; von einer Geschwulst war nichts zu entdecken, und auch das von den Autoren als das wichtigste bezeichnete Symptom, die Erscheinungen des Drucks auf den nervus obturatorius, fehlen vollständig. In der Leiche war die Einstülpung durch leichten Zug bequem zu heben, und H. bedauert, während des Lebens nicht regulinisches Quecksilber gegeben zu haben, welches, wie er glaubt, durch seinen Druck die Reposition bewirkt haben würde.

E. Bardenhewer.

---

415. **G. Leubuscher, Experimentelle Beiträge zur Aetiologie der Darminvagination.** (Virch. Arch. LXXXV. 1.)

Durch Nothnagel auf das Fehlen experimenteller Untersuchungen über die Aetiologie der Darminvaginationen aufmerksam gemacht, prüft L. an Kaninchen die Haltbarkeit 1) der bereits von Peyer (1677) aufgestellten Behauptung: dass es sich beim Entstehen der Darminvaginationen um Lähmung einer begrenzten Darmstrecke handele, die nun wie ein im Verlauf der Darmwandung befindlicher fremder Körper von dem darüber gelegenen thätigen Darm in den darunter gelegenen hineingestülpt würde. Invaginatio paralytica, 2) der von Leichtenstern für die Entstehung der Ileocoecalinvagination angenommenen Aetiologie: dass es sich um eine tetanische Contraction einer begrenzten Darmstrecke handele, die dann in derselben Weise wie eine gelähmte von der peristaltisch thätigen oberen Partie in die darunter gelegene hineingeschoben würde. (Invaginatio spasmodica.)

Bei der ersten an 10 Thieren angestellten Versuchsreihe wird durch Compression eines Dünndarmstückes bis zur Reactionslosigkeit desselben der supponirte paralytische Zustand herbeigeführt, ohne dass — mit Ausnahme eines Falles, den L. aber als Agonie-Invagination erklärt — ein positives Resultat erreicht wird. Durchschneidung der zu einem betr. Darmstück führenden Nerven im Mesenterium führt in 7 Fällen zwei Mal zur Invagination in der Weise, dass der oberste Theil der vom Mesenterium losgelösten Darmpartie in einer Ausdehnung von etwa $^1/_2$ cm in den darunter gelegenen Darm hineingestülpt war. — Die Thiere wurden 24—60 Stunden nach der Operation getödtet. Schliesslich wird bei einem Kaninchen durch Quetschung Paralyse und durch electrischen Strom lebhafte Peristaltik des übrigen Darmes erzeugt ohne unmittelbaren Erfolg an den paralytischen Stellen. Dagegen bildet sich vorübergehend eine Invagination an einer etwas oberhalb von der Quetschstelle gelegenen Partie.

Nach diesen Versuchen glaubt L. die Ansicht Leichtensterns: dass die meisten Invaginationen auf Lähmung eines Darmstückes be-

ruhten, nicht bestätigen zu können; macht dagegen auf Grund
letzten Experimentes darauf aufmerksam, dass lebhafte Peristaltik
weilen, ohne dass dabei eine nachweisbare anatomische oder phy
'gische Aenderung des betr. Darmstückes besteht, genügend ist, um
Invagination herbeizuführen. Auch die Agonie-Invaginationen m
L. eher durch lebhafte Peristaltik als durch Lähmung eines D
stückes ätiologisch erklären.

Schotteli

---

416. **Dr. Carl Götz, Multipler Echinococcus des Unterleibs einem 12jährigen Kinde mit gleichzeitiger Obliteration der cava inferior und Pyelonephritis, beides herbeigeführt auf Wege der Compression** (Fall aus der Strassburger Kinderkli (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XVII. Band, 2. und 3. Heft. 1

Ein 12 jähriges Mädchen trat am 10. Nov. 1881 mit eine
normen Auftreibung des Leibes in die Kinderklinik ein, seit dem e
Lebensjahre soll die Auftreibung schon bestanden haben, der Un
soll dann bis zum 11. Jahre langsam zugenommen und Pati
soll sich dabei der besten Gesundheit erfreut haben. Nach einer a
fieberhaften Erkrankung im Alter von 11 Jahren schwoll der
noch mehr an, es entwickelte sich eine stetig zunehmende Athem
so dass Patientin deshalb der Kinderklinik zugeführt wurde. Die
treibung nahm vorzugsweise die obern Parthieen des Abdomen
und zwar war es hauptsächlich die rechte Seite, welche stärker
minent erschien. Die Auftreibung war mehr unregelmässiger
und es liessen sich grössere und kleinere Tumoren durch die B
decken deutlich erkennen. Die Haut über diesen Prominenzen wa
norm blass, trocken, an einzelnen Stellen mit abschilfernden Epide
schüppchen besetzt, an andern entsprechend den einzelnen Bu
glänzend weiss und stark ausgedehnt.

Die subcutanen Venen der Bauchdecken waren erweitert,
geschlängelt und anastomosirten mit den ebenfalls dilatirten V
welche am sternum und in der regio epigastrica zu Tage traten.

Bei der Palpation der Tumoren fand man, dass dieselben N
Apfel- und Faustgrösse hatten, und dass eine Anzahl evidente Flu
tion und Hydatidenschwirren erkennen liessen, andere eine mehr
knorpelhafte Beschaffenheit besassen. Das Aussehen des Abdomen
vielhöckerige Beschaffenheit desselben deuteten darauf hin, dass es
um Echinococcusblasen handeln müsse, was die Probepunktion
bestätigt; dass es sich um einen multiplen Echinococcus handelte, w
dadurch bestätigt, dass bei den öfters vorgenommenen Punkti
Flüssigkeit entleert wurde, deren Menge je nach der Grösse de
gestochenen Blasen zwischen 10 und 500 gr schwankte. Die Flüssi
war wasserhell, hatte ein specifisches Gewicht von 10,0, enthält
Eiweiss, viel Chlornatrium, Spuren von Zucker und Bernsteins

Mikroskopisch liessen sich Scolices nicht nachweisen. Im Verlaufe der Krankheit traten öfters leichte fieberhafte Bewegungen auf, Temperatur schwankte zwischen 38,0 und 38,8, der Puls zwischen 104 und 136. Allgemeinbefinden war wechselnd, bald fühlte sie sich wohl, bald klagte sie über heftige Schmerzen im Kreuz und Leib. Appetit war gering, öfters war Uebelkeit vorhanden, nur einmal Erbrechen. Einige Wochen vor dem Tode werden zu wiederholten Malen eitrige Beimengungen und etwas Blut im Stuhl bemerkt. Trotz der wiederholten Punktionen nahm der Umfang des Abdomen nicht ab, die Venenerweiterungen am Stamm nahmen an Ausdehnung zu, Anasarka der untern Extremitäten trat nicht ein.

Während in der ersten Zeit des Spitalaufenthaltes kein Eiweiss im Urin vorhanden war, so bekam der Urin ungefähr 4 Wochen vor dem Tode eine schmutzig gelbliche Beschaffenheit und sogar einen Stich ins Blutige. Die mikroskopische Untersuchung ergab bei dem reichlichen Auftreten von Eiterkörperchen und Cylindern, die mit degenerirten Epithelien bedeckt waren, dass es sich um Entwickelung einer Pyelonephritis handele.

Da durch die mit allen Cautelen ausgeführten Punktionen keine Verminderung der Dyspnoe geschaffen und Patientin immer mehr herunter kam, entschloss man sich zu der bereits von Spencer Wells und Fischer geübten Methode der Laparotomie. Eine von Lücke vorgenommene Probeincision zwang aber die Ueberzeugung auf, dass von einer Radicaloperation nicht die Rede sein konnte, da die Echinococcusblasen das Netz dicht besetzten und zwischen die Eingeweide eingelagert dieselben völlig durchwucherten; 2 Tage nach der Operation starb die Patientin. Die Section bestätigt in allem die Diagnose, überraschend war nur die Obliteration der vena cava inferior, die cava war eingeschlossen zwischen Cysten und obliterirt, mit einiger Gewalt waren die verlötheten Wandungen von einander zu trennen, es war absolut kein blutiges, thrombotisches Material darin. Verf. glaubt sich zu folgenden Schlussfolgerungen berechtigt:

1. Multipler Echinococcus der Unterleibsorgane, der fast das ganze cavum abdominis ausfüllt, liefert für den Versuch einer Radicaloperation keine Chancen, ebensowenig tragen wiederholte Punktionen zur Linderung des Zustandes bei.

2. Es können in einem derartig complicirten Falle alle Symptome, welche man als charakteristisch für eine Obliteration der vena cava anführt, das Oedem der untern Körperhälfte, fehlen, oder doch mindestens sehr in den Hintergrund treten. Die Erklärung dafür liegt in diesem Falle in der sehr allmählichen Entwicklung der Obliteration, in der hochgradigen Anämie.

3. Die Pyelonephritis war durch allmähliche Compression der Ureteren und consecutive Harnstauung bedingt und kann in keine Beziehung zu der Erkrankung der cava inferior gebracht werden.

Kohts (Strassburg).

417. P. Strübing, Zur Symptomatologie der cystösen Nie generation bei Erwachsenen. (Arch. f. kl. M. XXIX 579

Str. theilt einen in der Greifswalder Poliklinik zur Beob gelangten Fall von cystöser Degeneration beider Nieren bei ein wachsenen mit.

Es handelte sich um eine 51 J. alte Frau, welche in ihr Jahr an Intermittens litt, von jener Zeit an dann und wann über in der linken Seite zu klagen hatte. Sie hatte 5 mal geboren, jeweils mit starken, die Patientin schwächenden Blutverlusten gehende Aborte durchgemacht. Im 49. Jahre trat plötzlich Hä auf, Oedeme, die kamen und wieder verschwanden, Schmerzen Nierengegenden, Verfall der Kräfte, Athemnoth. Bei der sehr gekommenen Patientin konnte objectiv eine Verminderung der digen Harnmenge, Albuminurie, Hypertrophie des linken Ven und in beiden Nierengegenden percutorisch und palpatorisch da handensein grosser bis zur Crista ilei herabragender Tumoren wiesen werden. Im weiteren Verlauf entwickelte sich intercurr catarrhalischer Icterus. Nach Ablauf desselben, und vorüberge Besserung des Allgemeinbefindens, ohne dass die objectiven nungen sich wesentlich geändert, erlag Patientin einer croupöse monie.

Intra vitam war man geneigt gewesen, die Diagnose auf p Nierencarcinom zu stellen.

Bei der Autopsie erwiesen sich die Tumoren als die ausser lich vergrösserten cystisch entarteten Nieren. Das ganze Organ sich sowohl auf der Oberfläche, als auf dem Durchschnitt, v Theil kaum wahrnehmbaren, zum Theil hühnereigrossen Cysten setzt, und selbst die Wandungen des erweiterten Nierenbecke einer zahllosen Menge von Cysten besetzt.

Unter Berücksichtigung der analogen in der Litteratur v neten noch spärlichen Casuistik die Symptomatologie dieser m zufällig bei den Sectionen gefundenen und nur selten klinisc achteten Affection. Zu den häufigsten der bald ganz symptomlo unter den Erscheinungen eines chronischen Nierenleidens, spec interstitiellen Nephritis verlaufenden und endenden Erkrankung, Albuminurie und Hämaturie, und selbst diese nicht constant, w das Auftreten von Cylindern, Veränderung in der Menge, un titativen Zusammensetzung des Harns wechselnde und unbes Vorkommnisse sind.

Bei dem Mangel sicherer Anhaltspunkte, bei der grosse deutigkeit objectiver und subjectiver Symptome, erscheint die D äusserst schwierig, ja unmöglich. In den Kreis der bei der tiellen Diagnose zu berücksichtigenden Affectionen wird, wen wie in vorliegendem Fall, bei den nachweisbaren Nierentumo Laufe der Zeit ein cachectischer Zustand herausbildet, auch das Nierencarcinom hineingezogen werden müssen.

Hindenlang (Freil

418. **Seiler, Syphilom (Gumma) der Niere.** (Arch. f. kl. Medicin XXIX. 606.)

Verf. theilt den anatomischen Befund eines Falles mit, über den er schon a. a. O. (Dresden. Gesellschaft f. Medic. 1876/77. S. 128 und 1878 S. 75) berichtet, wodurch die von ihm frühzeitig mit grosser Wahrscheinlichkeit gestellte Diagnose einer syphilitischen Heerderkrankung der Niere bestätigt wurde.

Als die Hauptmomente des Krankeitsbildes während einer 6 jähr. Beobachtungsdauer sind hervorzuheben: Eine 54 J. alte Frau erkrankte an einer acuten Nephritis; gleichzeitig bestanden diffuse Hepatitis, Hyperostosen, chronische Periostitis an den Extremitätenknochen. Heilung unter antiseptischer Behandlung. Im Laufe der Jahre wiederholte Anfälle acuter Nephritis, gleichzeitig mit den Erscheinungen recidivirender Lues, welche durch entsprechende Behandlung meist rasch beseitigt wurde. Urin von äusserst wechselnder Beschaffenheit, in Bezug auf Eiweissgehalt und Formbestandtheile. In einem solchen Anfall, im 4. Jahr der Erkrankung, welcher unter hohem Fieber einherging, zeigte der Urin eine grün-braunrothe Farbe und dickliche Consistenz; microscopisch zerfallene Blutkörperchen; Kerne, Detritusmassen, Fett, Epithelien, welche Bestandtheile schon nach 5 Tagen aus dem Urin wieder verschwunden waren. Es wurde dieser Anfall als die plötzliche Entleerung eines zerfallenen Gumma gedeutet. Pat. ging, nachdem vom Vf. im letzten Jahr noch eine Reihe von Anfällen recidivirender acuter Nephritis beobachtet wurden, an einer Phlegmone zu Grunde.

Bei der anatomischen Untersuchung (Birch-Hirschfeld) zeigte sich die Leber in characteristischer Weise verändert, das Bild der syphilitischen gelappten Leber darbietend. In der linken Niere ein bis unter die Kapsel sich erstreckender kirschgrosser im Centrum breiig erweichter Knoten, welcher auf Grund des macroscopischen wie microscopischen Befundes, im Verein mit der characteristischen Leberveränderung als eine in stetiger Metamorphose begriffene Gummageschwulst angesehen werden muss. Eine im obern Theil der gleichen Niere, eine Pyramidenspitze ersetzende, narbige geschrumpfte Stelle entspricht höchst wahrscheinlich dem rückgebildeten, (entleerten) gummösen Herd.

Hindenlang (Freiburg).

---

419. **Dr. Fiori** und **G. Mya** (Turin), **Sulla natura del precipitato prodotto dall' alcool nella urina umana normale-comunicazione.** Ueber die Natur des im normalen menschlichen Harne vom Alcohol erzeugten Niederschlages. (Sella alla R. accademia di Medicina di Torino nella sedula del lo gingno 1881.)

Zu den allgemeinen Eigenschaften des menschlichen normalen Harnes rechnet man seine Trübung auf Zusatz von absolutem Alcohol. Ueber die Natur dieser Trübung sprechen sich die Handbücher der

physiologischen Chemie, auch die neusten nicht klar aus (Siehe H
buch der physiologischen Chemie von Gorup-Besanez)
Vf. konnten leicht erkennen, dass dieser vom Alcohol erzeugte N
schlag fast vollständig aus den anorganischen Salzen des norı
Harnes d. h. Sulfaten, Phosphaten und Chloriden besteht. Was di
setze der Fällung betrifft, so haben die Vf. folgendes gefunden:

Die Menge des Niederschlages steht in geradem Verhältnis
Menge der im Harne enthaltenen Salze und einigermassen zur M
des benutzten Alcohols.

Wenn man hinreichende Mengen von Alcohol gebraucht,
man die Phosphate und die Sulfate vollständig fällen, nur in kl
Menge die Chloride.

Im nicht concentrirten Harne geschieht die vollständige Fä
der Sulfate auf Zusatz von vier Volumina von absolutem (95°
Lussac) Alcohol; die der Phosphate fast vollständig auf Zusatz von
Volumina desselben. (In der Arbeit haben die Vf. einige demonstı
Tafeln zugesetzt.)

In einem auf $^1/_2$ seines Volumens eingedampften Harne finde
Fällung der Sulfate auf Zusatz von 1 Alcoholvolumen statt; di
Erdphosphate von $2^1/_2$ Volumina, die der gesammten von 10 Volu

In einem auf $^1/_4$ seines Volumens eingedampften Harne falle
gesammten Phosphate auf Zusatz von 3 Alcoholvolumina.

Die Eindampfung des Harnes vermehrt nur wenig die Fä
der Chloride.

Mya (Turi

Neue Bücher.

Annalen d. städt. allgem. Krankenhäuser zu München. II. Band 1881. Mün
M. Rieger'sche Univ.-Buchh. 30 M.

Annals of Chemical Medicine, including the Application of Chemist
Physiology, Pathology, Therapeutics, Pharmacy, Toxicology and Hy
Edited by Dr. J. L. W. Thudichum. Vol. 2. London, Longmans,
& Comp. 14 sh.

Brunn, Das Verhältniss der Gelenkkapseln zu den Epiphysen der Ext
tätenknochen. Leipzig, F. C. W. Vogel. 6 M.

Callias, De la résorcine et de son emploi en thérapeutique. Paris, O. Be
2 fr. 50 cts.

Coleman, Manual of Dental Surgery and Pathology. London, Long
Green & Comp. 12 sh. 6 d.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 18. November. Nro. 30.

420. **George M. Sternberg, Experimental investigations relating to the etiology of the malarial fevers.** Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Malaria-Fieber. (National board of health bulletin, supplement Nr. 14. Washington, July 23. 1881.)

Im Auftrage des national board of health hat S. die in der Nachbarschaft von Rom ausgeführten Experimente von Klebs und Tommasi-Crudeli — als deren Resultat dieselben die Entdeckung eines „bacillus malariae“ verkündeten — in einer vergleichenden Studie, nach denselben Methoden, in einer Malaria-Gegend der Vereinigten Staaten wiederholt.

In seinem Bericht theilt S. zunächst die Hauptsätze aus Klebs und Tommasi-Crudeli's Arbeit mit und knüpft an dieselben kritisirende Bemerkungen; dann bespricht er die Art und Weise, wie er die niederen Organismen gesammelt, unterschieden, gezüchtet und zu Experimenten an Kaninchen benutzt hat. Er theilt einige Experimente ausführlicher mit und illustrirt seine Angaben durch photographische Abbildungen der niederen Organismen und durch Temperatur-Curven.

Die Details sind im Originale nachzusehen; ich beschränke r
eine auszugsweise Mittheilung der Schlüsse, zu welchen S. gel
Auf der Oberfläche der Sümpfe in der Nachbarschaft v
Orleans und in den Gossen innerhalb der Stadt finden sich viel
organismen, darunter Bakterien von verschiedener Form. Manch
Formen können mit Erfolg in Fisch-Gelatine-Lösung (Methode von
kultivirt werden, und diese Lösung zeigt nun Entzündung e
Eigenschaften.

Die Entzündung erregenden Eigenschaften sind bedingt d
Gegenwart der Bakterien; denn nach Ausschluss der Bakterie
die Lösung unverändert, und unter die Haut eines Kaninchens g
erweist sie sich als unschädlich.

Einige von den in Sümpfen, in Gossen und im mens
Speichel gefundenen Organismen besitzen die Fähigkeit, sich im
eines lebenden Kaninchens zu vermehren, und die Flüssigkei
Organe, welche dieselben enthalten (Blut, Serum, Milz u. s. w.
virulente Eigenschaften. Oder in anderen Worten: Es wird
fectionskrankheit hervorgebracht, welche durch Impfung von eine
auf ein anderes übertragen werden kann.

Unter diesen Organismen gibt es einige, welche gross
lichkeit besitzen oder vielleicht identisch sind mit dem „bacil
lariae" von Klebs und Tommasi-Crudeli; aber es gibt ke
nügenden Beweis dafür, dass diese oder irgendwelche andere
genannten Orten gefundenen Bakterien, unter die Haut eines Ka
injicirt, ein Malariafieber hervorrufen, welches dem gewö
Sumpffieber, dem der Mensch unterworfen ist, entspricht.

Die Gründe, welche Klebs und Tommasi-Crudeli zu
nahme, einen bacillus malariae entdeckt zu haben, bestimmte
nicht genügend: a) in ihren und in S.'s Versuchen hatten die
ratur-Curven der zu den Versuchen benutzten Kaninchen niema
deutlich paroxysmalen Charakter; b) gesunde Kaninchen zeig
unter ebenso deutliche tägliche Schwankungen (wahrscheinlich
sacht durch äussere Temperatur-Veränderungen), wie die von K
beschriebenen; c) die von K. und T. beschriebenen Veränderun
Milz beweisen nicht, dass der Tod durch Malariafieber erfo
denn ganz ähnliche Veränderungen finden sich in den durch
lichen Speichel inficirten, an Septicämie verstorbenen Kaninc
ebensowenig ist die Gegenwart von dunkelem Pigment in d
ein Zeichen des Todes durch Malaria-Gift; das dunkele Pigmen
sich häufig in der Milz von septicämischen Kaninchen.

Gleichwohl ist es wahrscheinlich, dass der in der Luft
dem Wasser einer Malaria-Gegend vorhandene sog. bacillus r
oder ein anderer niederer Organismus die Ursache des Malari
beim Menschen ist. Weitere experimentelle Untersuchungen s
forderlich; das experimentum crucis aber wird am Menschen se
macht werden müssen.

E. Bardenh

421. **Uskoff, Giebt es eine Eiterung unabhängig von niederen Organismen?** (Virch. Arch. Band 86. S. 150.)

Diese Frage wurde vom Vf. so in Angriff genommen, dass er unter Beobachtung strengster antiseptischer Maassregeln mechanisch und chemisch wirkende Flüssigkeiten in wechselnder Menge in das Unterhautzellgewebe von Hunden spritzte und nach 3—5 Tagen ein Stück Haut in einiger Entfernung von der Einstichwunde ausschnitt und untersuchte. Es wurde angewandt destillirtes Wasser, Milch, Olivenöl, Terpenthin, Carbolsäure, Eiter. Die Anwendung der beiden ersten Flüssigkeiten ergab bei geringen zur Einspritzung benutzten Mengen keine Eiterung, dieselbe kam aber zu Stande bei grösseren einmaligen Quantitäten, besonders leicht bei häufiger wiederholter Injection. Es fanden sich stets in dem Eiter Micrococcen. Oel gab selten Eiterung, aber stets, wenn eine solche vorhanden, fehlten auch Micrococcen nicht. Terpenthin machte immer Eiterung, aber in allen Fällen fehlten die Microorganismen. Abscesseiter in geringen Mengen erwies sich als indifferent, in grösseren Mengen rief er dagegen Eiterung hervor unter Beimischung von Stäbchenbacterien. Diese Versuche zeigen, dass indifferente Flüssigkeiten an sich keine Eiterung machen, dass sie es nur thun, wenn sie durch grössere Mengen zugleich mechanische Wirkungen haben, dass aber chemisch differente Flüssigkeiten an sich Wirkung hervorrufen. Es ergiebt sich aber ferner das Resultat, dass Eiterungen in der That zu Stande kommen können ohne jede Mitwirkung niederer Organismen.

Ribbert.

---

422. **Exner, Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen.** (Wien, 1881. Braumüller. 180 p., XXV Tafeln.)

An der Hand von 167 aus der neueren Literatur mit grosser Skepsis ausgewählten Fällen von Grosshirnrindenläsionen beim Menschen sucht E. die motorischen und sensiblen „Rindenfelder“ zu bestimmen und bedient sich dazu folgender Methode: 1. Methode der negativen Fälle, wobei er die Läsionsausdehnung aller Fälle, in denen die Funktion, um deren Rindenfeldsbestimmung es sich handelte, nicht zerstört war, auf ein einziges Schema der Hemisphäre aufzeichnete; das gesuchte Rindenfeld musste also unbezeichnet bleiben. 2. Methode der procentischen Berechnung, wobei er die Hinrinde in willkürliche Quadrate resp. Felder (367 an der Zahl) eintheilte und für jedes Feld bestimmte, wie oft es in der vorhandenen Anzahl von Fällen erkrankt war, und in wie vielen dieser Fälle das zu studirende Symptom vorhanden war. Das Verhältniss dieser beiden Werthe wird in Procenten ausgedrückt. 3. Methode der positiven Fälle, die bis jetzt allein angewandte Methode, welche die unsicherste ist und nur

dann Berechtigung hat, wenn man sie so anwendet, dass auf eine
alle Läsionen verzeichnet werden, welche mit dem Symptome, d
Rindenfeld ermittelt werden soll, einhergingen. Wo dann die Läs
am dichtesten gehäuft sind, kann man das Rindenfeld vermuthen.
treffs der äusseren Details, der Art der Aufzeichnung muss au
Original verwiesen werden.

Die 2. Methode ergibt deutlich den Unterschied zwischen a
luten Rindenfeldern, deren Verletzung jedesmal das betref
Symptom hervorruft und den relativen Rindenfeldern, deren Er
kung nicht in jedem Falle, aber häufig das zugehörige Symptom
anlasst, ein Unterschied, der von den früheren Autoren nicht erl
wurde.

Jede Rindenstelle, welche verletzt sein kann, ohne dass
rische und sensible Störungen eintreten, wird als Feld der late
Läsionen bezeichnet. Ein und dieselbe Rindenstelle kann ei
als zu einem latenten, ein anderes Mal als zu einem relativen (nie
zu einem absoluten) Felde gehörig bezeichnet werden. Auf der re
Hemisphäre erstreckt sich die Region der latenten Läsionen übe
ganze Rinde mit Ausnahme der beiden Gyri centrales und des Lo
paracentralis. Auf der linken ist ihre Ausdehnung viel geringer
fehlen ihr hier auch noch der ganze Parietallappen und der gr
Theil des Occipitallappens. Die absoluten motorischen Felder sind
lich an der linken Hemisphäre grösser, als an der rechten. —
solute Rindenfelder lassen sich bei dem vom Verf. benutzten Mat
nur nachweisen für die obere und untere Extremität in beiden H
sphären und für die durch den Nervus facialis versorgten Muskel
der linken Hemisphäre. Die anderen Felder, auch das für die Spr
erscheinen nur als relative.

A. Motorische Rindenfelder. Das ausgebreitetste un
tensivste Rindenfeld ist das für die obere Extremität. Es um
in der rechten Hemisphäre als absolutes: Lobulus paracentralis, G
centr. ant. (mit Ausnahme einiger Antheile seines unteren Endes), d
Hälfte des Gyrus centr. post.; als relatives (bis zu 50% herab): G
centr. post., soweit er vom absoluten Felde freigelassen wird, hi
Drittel bis Hälften der 3 Stirnwindungen, vordere Hälften der Sch
läppchen, hinteres Drittel der medialen Fläche des Gyrus front. s
und vordere Hälfte des Lobulus quadratus. In der linken Hemisp
umfasst das absolute Rindenfeld: Lobulus paracentr., die 3 ob
Viertheile der Gyri centr., den grösseren Theil des oberen Sche
lappens, wahrscheinlich auch einige Stellen an der medialen Fl
des Occipitallappens. Relatives Rindenfeld: Hintere Hälfte des G
front. sup., nahezu die ganzen convexen Flächen des Gyrus front.
und inf., die beiden Scheitellappen, oberer Theil des Occipitallappens
der medialen Fläche der hintere Theil des Gyr. front. sup., der Lo
quadrat. und vermuthlich der Cuneus. Wahrscheinlich liegt das Rin
feld für die Hand im Gyrus centr. ant. — Untere Extremi
Absolutes Rindenfeld der rechten Hemisphäre: Lobul. paracentr., obe
Drittel des Gyr. centr. ant. und einige Antheile des obersten Dri
des Gyr. centr. post. Relatives Rindenfeld: beide untere Drittel
Gyri centrales, die hinteren Theile der Frontalwindungen, die Pari

läppchen, der obere Theil des Occipitallappens, an der medialen Fläche der hintere Theil des Gyr. front. sup. und die vordere Hälfte des Lobul. quadrat. An der linken Hemisphäre absolutes Rindenfeld: Lobul. paracentr., obere Hälfte des Gyr. centr. post. und der grösste Theil des oberen Scheitellappens; relatives: wie rechts, nur gehört der ganze Lobul. quadrat. und wahrscheinlich der Cuneus mit dazu. — Die absoluten Rindenfelder sind also links nach hinten zu grösser, als rechts. Dementsprechend sind auf der linken Hemisphäre die relativen Rindenfelder, wenn auch nicht von nennenswerth grösserer Ausdehnung, so doch von grösserer Intensität, hauptsächlich nach hinten. Das absolute Rindenfeld der unteren Extremität wird von dem der oberen vollkommen gedeckt und überragt. Kleine Läsionen, welche das gemeinsame Rindenfeld beider Extremitäten einer Seite treffen, sind häufig mit einer Motilitätsstörung des Armes verbunden ohne Affektion des Beines. Es zeichnet sich das Rindenfeld für die obere Extremität gewissermassen durch eine grössere Empfindlichkeit aus. Die motorischen Rindenfelder haben keine scharfen Grenzen, sondern laufen allmählich in die Umgebung aus. — Das Rindenfeld von durch den Nervus facialis versorgten Muskeln ist in der rechten Hemisphäre als absolutes nicht vorhanden, als relatives liegt es hauptsächlich in der unteren Hälfte des Gyr. centr. ant. und dem unteren Drittel des Gyr. centr. post., greift aber auf die hintere Hälfte der beiden unteren Stirnwindungen und den vorderen Theil des Gyr. supramarginalis über. In der linken Hemisphäre umfasst das absolute Rindenfeld einen schmalen Streifen, welcher dem vorderen Theile des Gyr. centr. ant. angehört und zwischen der Einpflanzungsstelle des Sulcus front. inf. und sup. näher dem ersteren liegt; das relative ähnlich, wie rechts. — Das Rindenfeld der Zunge (nach der positiven Methode bestimmt) liegt als relatives beiderseits ungefähr an der Stelle des Zusammentreffens der beiden unteren Stirnwindungen mit der vorderen Centralwindung. Das linke Rindenfeld des Hypoglossus zeigt geringere Intensität, als das rechte. — Das Rindenfeld der Hals- und Nackenmuskeln ist von ziemlich geringer Intensität, erstreckt sich auf die beiden Centralwindungen und wahrscheinlich auch auf deren Umgebung. — Ueber das Rindenfeld der Muskeln des Augapfels mit Einschluss des Levator palpebr. sup. weiss E. nur anzugeben, dass dasselbe in den als motorisch erkannten Rindenregionen, den Centralwindungen und ihrer nächsten Umgebung liegt. Bei Besprechung der Thatsache, dass die combinirten Bewegungen der Augen von jeder der beiden Hemisphären besorgt werden können, stellt Verf. die genauer bekannten Muskelgruppen nach der Leichtigkeit, mit welcher wir sie einseitig innerviren können, in folgende Reihe zusammen: Muskeln der Extremitäten, der unteren Facialisäste, des Hypoglossus, die Lidmuskeln, die Muskeln des Bulbus und die Trigeminusmuskeln. — Für das Rindenfeld des Trigeminus war wegen der geringen Anzahl brauchbarer Fälle eine genaue Localisation nicht möglich; vielleicht liegt es in grosser Ausdehnung um den vordern Theil der foss. Sylv. — Bei Bestimmung des Rindenfeldes der Sprache, bei dessen Läsionen die Aphasie die Stelle der motorischen Symptome vertritt, ergibt sich, dass obwohl die Articulationsmuskeln jeder Seite ihr Rindenfeld (wenig-

stens in weit überwiegendem Maasse) in der entgegengesetzten I
sphäre haben, die Articulationsimpulse beim Sprechen doch von
und zwar fast immer von der linken Hemisphäre ausgehen. Da
als relatives vorhandene Feld erstreckt sich über den Gyr. front.
den hinteren Theil des Gyr. front. med., die beiden oberen Sch
windungen und mit geringerer Intensität noch über die Scheiteläp
bis in den Hinterhauptslappen. Man darf um so sicherer erwa
eine ataktische Aphasie zu finden, je näher die Läsion dem hi
Theile der unteren Stirnwindung liegt, und je weniger ausgedehn
Zerstörung ist; je ausgedehnter letztere, desto wahrscheinlicher
die Combination mit amnestischer Aphasie. Je mehr sich die L
den intensiveren Theilen des Rindenfeldes der oberen Extremität nä
desto wahrscheinlicher ist Agraphie vorhanden. Ist der Sch
lappen Sitz der Läsion und betrifft diese nicht allein den Gyr.
sup., so ist die Aphasie mit Worttaubheit verbunden.

B. Sensible Rindenfelder. Das relative Rindenfeld de
sichtssinnes liegt im Occipitallappen und der intensivste Thei
selben am oberen Ende des Gyr. occipital. prim. Die Sehstör
bei Hirnrindenläsionen trennen sich in 3 Typen: a) mehr oder we
vollkommene Hemianopsie bei Verletzung einer Hemisphäre; b)
sichtshallucinationen: c) eigenthümliche Sehstörungen, die das ge
sam haben, dass zum Bewusstsein kommende Gesichtseindrücke g
nicht richtig verwerthet werden.

Die Rindenfelder der tactilen Empfindungen fü
verschiedenen Körperabtheilungen fallen im Allgemeinen mit de
torischen Rindenfeldern derselben zusammen, und hat die rechte I
sphäre für die Sensibilität das Uebergewicht über die linke. Nir
ist das sensible Rindenfeld ein absolutes und zeigt geringere Inte
als das motorische; trotzdem können aber Verletzungen bisweilen
motorischen, wohl aber sensible Störungen hervorrufen.

Bei der Vergleichung seiner Resultate mit früheren Untersuch
Anderer betont Verf., dass die Rindenfelder in einander überg
dass es auch relative Rindenfelder gibt und dass die Rindenfelder
auf beiden Hemisphären gleich sind.

Aus seinen Zusammenstellungen folgert E., dass wir in dem Ri
feld ein complicirtes Centralorgan vermuthen können, in welchem
Vorgänge stattfinden, welche nicht unmittelbar als motorische und se
anzusprechen sind, und welches in einem Kernpunkte, als seinem
sivsten motorischen Gebiete, Fasern abgehen lässt, welche zuerst
bindungen mit den übrigen Rindenorganen eingehen, dann durc
Hirnschenkel, wahrscheinlich in den langen Bahnen des Rücken
bis zu einem der Austrittsstelle der motorischen Nervenwurzeln
mehr fern liegenden Theile der grauen Substanz des Rückenmark
laufen. Die Vorgänge in den verschiedenen Rindenfeldern sind
scheinlich unter einander ähnlich und nur durch die Verbindunge
den peripheren Nerven in ihren Aeusserungen verschieden. — Di
störung des ganzen absoluten Rindenfeldes führt zu dauernder Lähm
die anderen, durch circumscripte Läsionen der Rinde gesetzten
mungen verschwinden wieder, wobei allerdings die Möglichkeit b
dass sich kleine dauernde Störungen der Beobachtung entziehen.

Lähmungen von Muskelgruppen, die mit beiden Hemisphären in Verbindung stehen, zurückgehen, erklärt sich von selbst. Eine heftige Innervation in einem beschränkten Rindengebiete sucht auf die benachbarten Rindentheile überzugreifen; hierher gehört das Verziehen des Gesichtes bei Anstrengung der Hand- und Armmuskeln.

Die Erscheinungen, welche von den sensiblen Rindenfeldern ausgehen, lassen sich mit denen der motorischen vergleichen, die Anästhesieen entsprechen den Lähmungen, die Hallucinationen den epileptiformen Krämpfen.

Peretti (Andernach).

---

423. **Prof. M. Benedikt, Vorläufige Mittheilung über Nervendehnung.** (Wien. med. Presse. Nr. 30.)

Von dem Grundsatz ausgehend, die operative Behandlung eines Leidens könne nur von demjenigen ausgeführt werden, der die operativ zu behandelnde Krankheit wissenschaftlich beherrsche, hat sich B. entschlossen, die operativen Fragen in der Nervenpathologie und vor Allem die Frage der Nervendehnung, selbst in die Hand zu nehmen und glaubt, dass nur dann, wenn die Nervenpathologen diesem Beispiel folgten, verschiedene fragliche Punkte entschieden werden könnten. Von 4 Nervendehnungen über die er berichtet, betrafen drei den Ischiadicus — davon zwei bei typischen schweren Fällen und eine bei einem atypischen Fall von Tabes — und ein den Facialis bei veralteter Lähmung mit sekundärem Tic. convulsiv. Die ersten zwei Kranken mit Ischiadicusdehnungen und der Kranke mit Facialisdehnung befanden sich bereits in einem solchen Stadium der Reconvalescenz, dass B. glaubte folgende Schlüsse ziehen zu können: Ein grosser Theil der Symptome der Tabes wird günstig beeinflusst. Vor Allem verschwinden die neuralgischen Affectionen und zwar bei einseitiger Operation nicht nur in beiden unteren Extremitäten, sondern auch am ganzen Körper. Ebenso günstig werden die Gürtelgefühle und Spannungen beeinflusst. Die Anästhesie schwindet bei einseitiger Operation zuerst auf dem nicht operirten Beine und macht sogar einer Hyperästhesie der Sohlen Platz. Die Ataxie wird wesentlich gebessert, indicirt aber eine doppelseitige Operation. Die Gehfähigkeit bessert sich sehr erheblich. Die Sehnenreflexe wurden nicht beeinflusst. Die bei einem der beiden Kranken seit langer Zeit bestehenden Symptome: Paresis der Blase, Strangurie und Phosphaturie verschwanden. Die Pupillenstarre der amblyopischen Augen besserte sich nur bei einem der beiden Kranken. — Durch diese Resultate fühlt sich B. zu dem Ausspruch berechtigt, die Nervendehnung verwandle einen schweren Fall von Tabes in einen leichteren und sozusagen einen veralteten in einen prodromalen. Behufs eines weiteren Erfolges müsse man noch nach der Operation jene Therapie anwenden, die sich bei dem Leiden in einer gewissen Anzahl von Fällen und bis zu einem gewissen Grade als wirksam bewährt habe.

Die Dehnung des Facialis bewirkte, dass der Lagophtha
schwand, dass der Krampf geringer wurde und dass die farado
culäre Contractilität zurückkehrte und die galvano-musculäre Con
tilität sich den normalen Verhältnissen näherte.

Was die Theorie der Wirkung der Nervendehnung anbelang
ist B. der Ansicht, dass bei peripherer Lähmung oder Anästhesie
wie bei peripherer chronischer Neuralgie die durch die Dehnung
vorgerufene Reaction — Hämorrhagie am Nerven — als energi
Reiz auf die geschädigte Ernährung des Nerven wirke. Die Wir
der Nervendehnung bei Tabes und excentrischen Neuralgien er
sich B. aus einer reflectorischen Beeinflussung des Ernährungszust
eines spinalen Centrums.

Die Nervendehnung müsse bei Tabes vor Allem im Prodr
stadium vorgenommen werden. Dass bei Individuen, die für s
Processe inclinirt seien, Recidive erfolgten, sei kein Argument
den Krankheitsprocess nicht beeinflussen zu wollen.

Ung

---

244. **Schultze** (Heidelberg), **Zur Frage von der Heilbarkei
Tabes.** (Archiv für Psychiatrie XII. 1. Heft.)

Erb hat zwei Fälle von Tabes beschrieben, bei denen eine He
resp. eine an Heilung grenzende Besserung beobachtet wurde.
hatte Gelegenheit den einen dieser Fälle weiter zu verfolgen und
Sectionsbefund zu liefern. Die Anfangssymptome der Erkrankung
zum grössten Theil zurückgegangen, es bestand nur noch B
schwäche und Fehlen der Patellarreflexe. Trotz der Geringfüg
der Symptome fanden sich bei der Autopsie — eine intercurrente K
heit hatte den Tod zur Folge gehabt — ausgebreitete Läsionen
Rückenmarks. Es zeigte sich nämlich eine diffuse Degenera
mittlerer Intensität der Hinterstränge im Lendent
Degeneration der äusseren Abschnitte der Keilstränge
Hinterstrangbündel im Dorsaltheil, und zwar am schwächste
untersten Viertel desselben; partielle Degeneration der
stränge, besonders in den äusseren Abschnitten, aber ausgede
als im Dorsaltheil in dem Halstheile; geringfügiges Ergriffensei
Goll'schen Stränge. Mit Rücksicht auf den anatomischen B
musste das Fehlen der Patellarreflexe mit der Degeneration der H
stränge im Lendentheile zusammengebracht werden. Trotz der I
der äussern Parthien der Keilstränge fast im ganzen Rückenmark
dauernde Ataxie nicht vorhanden gewesen, die diffuse Hinterst
degeneration in der Lendenanschwellung hatte keine dauernden
thesien oder Parästhesien zur Folge gehabt. Aus dem Angege
folgt, dass eine Hinterstrangdegeneration nicht zugleich mit gew
Symptomen, welche auf dieselben zurückgeführt werden, zu schw
braucht. Eine Rückbildungsfähigkeit des der Tabes zu Grunde li

den anatomischen Processes in seinen ersten Anfängen erscheint nicht unwahrscheinlich, während eine Regeneration bei atrophirenden Zuständen sehr zweifelhaft ist. Wie sich die Nervendehnung, deren zeitweiliger Einfluss auf verschiedene Symptome der Tabes festgestellt ist, zu der Regeneration der atrophirten Parthie in den Centralorganen verhält, ist uns zur Zeit noch nicht verständlich.

Eickholt (Grafenberg).

---

425. **Seppilli, I riflessi tendinei negli alienati.** Die Sehnenreflexe bei den Geisteskranken. (Ref. in der Rev. méd. de la Suisse. Rom. 1881. 10.)

1. Die Sehnenreflexe bieten verschiedene Intensitätsgrade bei jeder Form von Geisteskrankheit.

2. Das Kniephänomen wird öfter beobachtet, als das Fussphänomen, und alle beide können fehlen, ohne dass Symptome von Tabes existiren.

3. Das Kniephänomen ist häufiger in den Zuständen grosser Aufregung als in denen der Depression und der angeborenen oder erworbenen Geistesschwäche.

4. Bei alten Hemiplegien cerebralen Ursprungs sind die Sehnenreflexe verstärkt bis zum Eintritt clonischer Krämpfe des Fusses und zuweilen des Unterschenkels. Diese Phänomene können sich schon wenig Stunden nach Eintritt der Hemiplegie zeigen; die forcirte Plantarflexion der grossen Zehe hebt den Clonus des Fusses nicht auf.

5. Die bis zur Lendenanschwellung sich erstreckende Degeneration der Hinterstränge des Marks hebt die Sehnenreflexe an Fuss und Knie vollständig auf.

6. Die Sehnenreflexe sind Spinalreflexe und werden wahrscheinlich durch einen Reflexbogen vermittelt, welcher von dem die Hautreflexe übertragenden verschieden ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

426. **De Renzi, Studj sulla corea.** Studien über Chorea. (Annal. univ. di medic. e chirurg. Heft 8.)

Verfasser beschreibt drei von ihm beobachtete Fälle von Chorea minor. Im ersten war hauptsächlich, im dritten ausschliesslich die linke Seite der Sitz der choreatischen Bewegungen und blieb in diesem letzteren noch längere Zeit nach der Heilung Hemiparese der linken oberen und unteren Extremität zurück. Der Sitz der Krankheit ist

nach R. das Grosshirn und zwar die Stelle der Basis, die in der
zwischen der vorderen motorischen und der hinteren sensiblen
liegt. Je nachdem sich der Erkrankungsheerd mehr nach vorn
nach hinten erstreckt, gehören die Krankheitserscheinungen mel
motorischen oder der sensiblen Sphäre an. Als Beweis für dies
hauptung führt er an: 1. den von verschiedenen Autoren (Broad l
Romberg u. A.) gebrachten directen Nachweis von krankhaften
änderungen im Gehirn bei letal verlaufenen Fällen von Chorea,
Aetiologie; sehr oft wird die Erkrankung hervorgerufen durch h
Gemüthsbewegungen, Schreck, Angst und dergl. oder durch Nachahi
wie dies R. in zwei Fällen beobachtete, 3. die im Verlauf der C
fast regelmässig beobachteten Veränderungen des moralischen Char
und der intellectuellen Sphäre. Dass diejenigen Fälle von C
welche Hemiplegien vorangehen oder ihnen folgen, cerebralen Ursp
sind, ist selbstverständlich. Die von Chauveau, Bert u. A. an T
welche Erscheinungen der Chorea darboten, gemachten Experi
die als wahrscheinlichen Sitz der Krankheit das Rückenmark, spe
Hinterhörner und die letztere mit den motorischen Zellen verbind
Nervenfasern annehmen lassen, hält R. nicht für beweisend, da
schiedene Gründe (längere Dauer der Erkrankung, Entstehung aus
andern Ursachen etc. bei den Thieren) dafür sprechen, dass die C
der Thiere keine der der Menschen analoge Krankheit ist und vie
als Sclerose der nervösen Centralorgane aufgefasst werden muss.
peutisch empfiehlt R. warm die Galvanisirung des Rückenmark
dem aufsteigenden Strom, doch muss mit einer geringen Strom
begonnen und dieselbe allmählich gesteigert werden. Schon nach
Tagen sah er bei dieser Therapie in Verbindung mit Eisenpräp
und kleinen, allmählich steigenden Dosen von Sol. Fowleri gü
Erfolge und schliesslich vollständige Heilung. Von der Anwe
des inducirten Stromes sah er keine Wirkung.

Brockhaus (Godesbe

---

427. **Buch** (Helsingfors), **Ueber die Behandlung der Hype des Gehirns und der Hirnhäute mit Hautreizen.** (Archi Psychiatrie. XII. Bd. 14. 1.)

Die sog. Ableitung auf die Haut ist in der neueren Zeit, v
von einem Mittel nicht nur verlangt, dass es wirkt, sondern
wissen will, warum es wirkt, sehr in Misscredit gerathen. Verf
den Baunscheidt'schen Schnepper, den kräftigsten Vertreter der
reizmittel, wieder zu Ehren bringen und beschreibt sieben Fäll
Gehirnhyperämie, in denen die Anwendung desselben von Erfo
gleitet war. Die Symptome bestanden in Flimmern vor den A
Schwindelanfällen und heftigen Kopfschmerzen; nach ergiebige
schnepperung des Rückens wurden sie rückgängig. In Betreff d

standekommens der günstigen Wirkung der Hautreize haben die Untersuchungen von Heidenhain, Schüller u. A. ergeben, dass durch Hautreize, wenn dieselben extensiv und intensiv genügend sind und zugleich eine gewisse Stärke nicht überschreiten, die Hauttemperatur erhöht und die Innentemperatur herabgesetzt wird. Die Piagefässe werden nach anfänglicher Erweiterung stark und dauernd verengt und zugleich wird die Stromgeschwindigkeit im ganzen Körper, also auch innerhalb der Schädelhöhle erhöht. In Folge dessen wird durch die Contraction der Gefässe die Hyperämie des Gehirns und seiner Häute direct aufgehoben resp. herabgesetzt. Ausserdem kommt der depletirende Einfluss der peripheren Congestion in Betracht und zwar wird dieser sich um so mehr geltend machen, wenn die Gefässe der zu depletirenden und des künstlich hyperämisirten Organs in directer Verbindung mit einander stehen, wie es zwischen Gehirn- und Rückenmark einerseits und der Rückenhaut anderseits der Fall ist. Unter den Methoden der Hautreizung dürfte die Baunscheidt'sche Methode den Vorzug verdienen da sie allen Indicationen entspricht und namentlich eine Erweiterung, der Gefässe, wie sie bei starken Reizen vorkommt, vermieden wird.

Eickholt (Grafenberg).

---

428. **Dr. Unruh** (Dresden), **Ein Beitrag zur Pathologie der Diphtheritis.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVII. Band, 2 und 3. Heft. 1881.)

Bei Beurtheilung der Schwere eines Falles kommt es darauf an, ob der Process localisirt verläuft oder ob Allgemeininfection eintritt; nicht das Fieber, nicht die Drüsenanschwellungen, sondern die Albuminurie ist das erste und absolut sichere Zeichen der stattgehabten allgemeinen Infection, sie fehlt nach dem Verfasser in keinem Falle, wo man bereits aus andern Gründen das Vorhandensein der Allgemeininfection voraussetzen muss und man kann das Vorhandensein der Allgemeininfection ausschliessen, wenn nicht Albuminurie vorhanden ist. Verfasser hat in 53 Diphtheritisfällen täglich während des ganzen Verlaufs den Urin untersucht, in 16 Fällen trat Albuminurie ein, und zwar nur in den Fällen zeigte sich Albuminurie, in welchen die lokale Affektion länger als 6 Tage dauert, ohne sich zu begrenzen, in keinem Falle, der länger als 7 Tage bis zur Begrenzung der lokalen Affektion brauchte, fehlte die Albuminurie, die Albuminurie ist desshalb keine Nachkrankheit der Diphtheritis, sondern eine Complication, wenn nicht eine constante Erscheinung und ein regelmässiges Glied der Allgemeininfection. Die Intensität der Albuminurie schwankte innerhalb ausserordentlich weiter Grenzen, von schwacher Opalescenz bis zu relativ hohen Volumprocenten, in keinem Fall fehlten Cylinder, selten waren Blutkörperchen zu finden, und zwar war die Quantität des Albumens

abhängig von der Intensität der Ausbreitung des diphtheritisch cesses. Verf. nimmt an, dass die Albuminurie nicht bedingt is parenchymatöse oder interstitielle Processe, sondern durch ein die Allgemeininfection bedingte Transsudationsstörung.

Kohts (Strassb

429. **Nacke** (Colditen), **Casuistische Beiträge zur Trache**
(Berliner klinische Wochenschrift 1881. Nr. 38.)

Bei einem dreijährigen Knaben wurde wegen Diphtheritis die Tracheotomie gemacht, 5—6 Knorpelringe durchtrennt u silberne Canüle mittleren Calibers eingelegt.

10 Tage nach der Operation drang plötzlich neben der reichlich Eiter hervor und es zeigte sich bei näherer Besich dass die vordere Trachealwand in der Mitte in einer Länge von völlig getrennt und die Ränder weit von einander entfernt war völlig aufgeklappte Trachea schloss sich innerhalb 10 Tagen; e sich später eine eigenthümliche Sprachentwicklung, indem die nur nach Husten klingend und monoton war, die Worte nur der Inspiration, nicht der Exspiration gesprochen wurden. Na später aufgetretenen rechtsseitigen Bronchopneumonie wurde die lauter aber noch heiser, die Worte jetzt wieder während der Exs gesprochen. Die Stimme bekam erst nach mehreren Wochen ihren normalen Klang.

Ausserdem zeigte das Kind nach Heilung der Operation deutlich ausgeprägte Erscheinungen von Parese der Beine und die mit kalten Abreibungen des Rückens und der Beine b wurden.

Ein anderes $3^1/_2$-jähriges Mädchen starb in Folge einer venösen Blutung, die trotz rascher Beendigung der Operation n stillt werden konnte.

Im Anschlusse an diese beiden Fälle macht Verf. noch ein merkungen über die Anwendung von Pilocarpin bei Diphtheri den meisten Fällen (schwerer und leichterer Art), in denen Verf Mittel in noch grösserer Dosis (0,05 : 100 $^1/_2$ — 1 stündl. 1 für 7—10 jährige Kinder) als Guttmann anwendete, trat selb diesen grossen Dosen keine Salivation ein und nur in eine wirkte es bald und intensiv. Fieber und Verlauf der Krankhei schien nicht irgendwie durch das Mittel beeinflusst.

Seifert (Würzb

430. **Dr. Seeligmüller** (Halle), **Ueber Chorea magna und ihre Behandlung.** (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 43.)

Verf. schlägt vor, den Namen Chorea magna aus der Pathologie ganz zu streichen und statt dessen die einschlägigen Fälle „der Hysterie im Kindesalter" zu subsumiren. Er unterscheidet folgende Formen von Hysteria infantilis: 1. Die maniakalische Form, welche die Autoren vornehmlich als Chorea magna beschrieben haben: 2. die hypnotische Form; 3. die epileptische Form; 4. die convulsivische Form. Bei den vom Vf. beobachteten Fällen von Chorea magna traten überall Erscheinungen in den Vordergrund, welche als Cardinalsymptome der Hysterie angesehen werden. Vor allem der Unterleibsschmerz, die Ovarie, welche in einem Falle sich auch eines Tages auf der entgegengesetzten Seite zeigte, also Transfert; sodann die psychischen Erscheinungen, die Sucht zu Uebertreibungen, Simulation etc. überhaupt kein einziges Symptom, welches sich nicht auch bei der Hysterie unterbringen liesse.

Die Therapie anlangend, kann Verf. nicht genug das schon von v. Ziemssen empfohlene Uebergiessen mit kaltem Wasser rühmen. Ein Glas Wasser rücksichtslos ins Gesicht gegossen, um sofort die Anfälle verschwinden zu machen, welche auf Bromkali und andere Nervina sich nicht gerührt hatten.

Kohts.

---

431. **Dr. G. Gärtner, Ein Beitrag zur Theorie der Harnsecretion.** Aus dem Institute des Herrn Prof. Stricker. (Medic. Jahrbücher. 1881. II. Heft. pg. 287.)

Nachdem durch die früheren Untersuchungen, von welchen die von Ludwig und Thiry, und Grützner angeführt werden, gefunden worden, dass die Harnsecretion abhängig sei von den Circulationsverhältnissen in den Nieren, und besonders die Thatsache verständlich gemacht war, dass in Folge der Reizung der medulla oblongata Contraction der Gefässe, Beschränkung der Circulation in der Niere und Beschränkung der Harnsecretion zu Stande kommt, blieb noch die Erscheinung paradox: nach Injection von Strychnin oder Digitalis ins Blut stellt sowohl die intacte, als die entnervte Niere die Secretion ein (Grützner). Verf. bezweifelt die Erklärung, nach welcher das Strychnin auf die peripheren Enden der Gefässnerven oder auf die Gefässe selbst wirke und prüft die Behauptung durch neue Versuche.

Verf. entnervte die Niere, indem er sie aus ihrer Kapsel herausschälte und die mit blossem Auge erkennbaren Nerven zerstörte. Da aber ältere Versuche von Morison zeigten, dass die Niere infolge solcher mechanischer Misshandlung schlecht secernirte, wurde sie in ihre frühere Lage zurückgebracht und die Secretion erst 4—5 Stunden nach-

her beobachtet. In anderen Versuchen wurde statt der Entnervu
splanchnicus durchschnitten. Das Resultat war: „Strychnineinsp
erzeugt in der entnervten Niere Beschleunigung der Secretion u
so erzeugte Erhöhung des Blutdrucks wirkt nicht anders auf die
als die durch electrische Reizung der Medulla oder durch Erst
bedingte.“ Der Versuch mit Digitalis kam nicht zu Ende, e
sich aber constatiren, dass in keiner Periode der Digitaliswirku
Secretion völlig still stand.

Fin

---

423. **Dr. Fiori** (Assistent der propädeut. Klinik in Turin), I
minuria in rapporto specialmente coll'accesso epilettico
Albuminurie und ihr Verhältniss zum epileptischen Anfalle.
e considerazioni critiche.)

Nach einer Darlegung der bisherigen Literatur und besond
Huppert'schen Untersuchungen trägt Verf. mehrere eigene B
tungen von transitorischer Albuminurie nach konvulsivischen A
vor, unter denen einen Fall von Epilepsie, einen von Katalep
einen von Hysterie.

Nebst Eiweiss fand F. mitunter im Harne hyaline C
Blutkörperchen, Samenfäden und Zucker: nach dem Anfalle war d
im Allgemeinen reichlicher, klar, von sehr saurer Reaction, und
einen Bodensatz von freier Harnsäure. In einem Falle von Ep
während der unmittelbar nach dem Anfalle entleerte Harn seh
reagirte und Krystalle von Harnsäure ausschied, war die React
etwa zwei Stunden später entleerten Harnes alkalisch. In den
der Anfälle nahm die absolute Harnstoffmenge zu, während die a
und relative Phosphorsäuremenge abnahm.

Bei Thieren erzeugte Vf. mittelst verschiedener Methoden
hafte Anfälle, nach diesen beobachtete er oft transitorische Albu
mit Zunahme der Harnmenge, Abnahme des specif. Gewichtes, d
enthielt mitunter Cylinder und Blut. Oft änderte sich die Harn
d. h. bei Carnivoren wurde nach den Anfällen die normal sa
action alkalisch, umgekehrt bei Herbivoren.

Aus der Literatur und seinen klinischen experimentelle
achtungen zieht F. die Folge, dass die Albuminurie kein patho
nisches Symptom des epileptischen Anfalles ist. Auch die a
Anwesenheit des Albumen im Harne der Epileptischen kann n
Frage des anatomischen Ausgangspunktes der Epilepsie ents
Indessen nimmt Vf. an, dass der Ausgangspunkt des epileptisc
falles in der Hirnbasis zu suchen ist, und dass die Epilepsie, di
minurie, die Polyurie und Glucosurie nach Verletzungen der Gr
lappen der reflectorischen Wirkung auf das verlängerte Mar
schreiben sind.

Zum letzten berührt Verf. die Frage der Pathogenese der Albu-
e. Er glaubt sich zur Annahme berechtigt, dass die einzige
e Bedingung des Ueberganges von Eiweiss in den Urin nicht
xionäre oder Stauungshyperämie, nicht der veränderte Blutdruck
all diese Bedingungen können Anlass zur Albuminurie werden)
n lediglich der Tonusverlust der Nierengefässwandungen und be-
s der Malpighischen Knäuel ist; sei es, dass dieser Verlust von
otorischer Lähmung, wie in der Epilepsie, oder von materiellen
gen der Gefässwandungen (sklerotische Entartungen) erzeugt

Mya (Turin).

Seppilli und **Riva, Sull' azione della Josciamina e sul suo
re terapeutico nelle malattie mentali.** Ueber die Wirkung
Hyoscyamins und seinen therapeutischen Werth in Geisteskrank-
en. (Ref. in der Rev. méd. de la Suisse. Rom. 1881. 10.)

Das Hyscyamin wirkt nach den Untersuchungen der Vf. auf die
tion, indem es anfangs die arterielle Spannung durch Reizung
somotorischen Centrums vermehrt, während nach einiger Zeit das
ehrte eintritt. Die Körpertemperatur erhöht es um einige Zehntel-
Die Energie der nervösen Centren wird herabgesetzt; die der
kung des Mittels unterworfenen Individuen zeigen verminderte
skraft und Langsamkeit im Denken und Sprechen. Als Grund
Erscheinungen ist Congestion zum Gehirn und veränderte Er-
g der nervösen Elemente unter dem Einfluss des Alkaloids an-
n.

Bei Geisteskranken gaben die Verf. das Mittel meist in einer
losis von 0,005—0,01 subcutan; in einigen Fällen von chronischer
und von Dementia mit Aufregungszuständen gingen sie bis zu
und in 2 Fällen bis 0,03 pro die. Sie empfehlen, anfangs nicht
,002—0,004 zu geben, bis man die Empfindlichkeit des Kranken
das Mittel kennen gelernt hat. Betreffs seiner therapeutischen
ng kommen sie zu folgenden Schlüssen:

1. Das Hyoscyamin hat eine beruhigende, schlafmachende Wir-
ist aber weniger empfehlenswerth als die andern bekannten
tica wegen der bei längerer Anwendung eintretenden Unzuträg-
ten.

2. Es kann von Nutzen sein bei der recurrirenden Manie, da
hrend der Vorboten des Anfalls gereicht, diesen wenn nicht ver-
so doch schwächen kann.

3. Zuweilen mässigt es die Heftigkeit und vermindert die Häu-
der epileptischen Anfälle.

4. Da es subcutan ohne die Haut zu reizen angewandt werden
und seine Wirkung, wenn auch von kurzer Dauer, doch prompt

und sicher eintritt, so ist es von Nutzen in den Fällen, wo die K
sich weigern Chloral zu nehmen und wo dieses Mittel nic
Klysma gegeben werden kann, ferner dann, wenn es sich darum
delt, eine momentane Beruhigung der Kranken behufs Ueberführ
eine Anstalt zu erzielen.

Brockhaus (Godesb

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren H lung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einzus

---

Neue Bücher.

De la Cueva, Des Anévrismes multiples. Paris, O. Berthier. 2 fr.
Edis, Diseases of Women, including their pathology, causation, syn diagnosis and treatment. A Manuel for students and practioners Illustrations. London, Smith and Elder. 12 sh. 6 d.
The International Encyclopaedia of Surgery, A Systematic treatise Theory and Practice of Surgery. Ed, by J. Ashhurst. Illust. with C lithographs and woodengravings. Vol. I. 31 sh. 6 d.
Fothergill, Indigestion, Coliousness and gout in its protean aspects. Indigestion and biliousness. New-York, Cloth. 12 M.
Gowers, Epilepsy and other chronic convulsive diseases; their causes ptoms and treatment. London, Churchill, 10 sh. 6 d.
Grashey, Die Wellenbewegung elastischer Röhren und der Arterien Menschen. Sphygmographisch untersucht. Leipzig, F. C. W. Vog
Gross, practical treatise on impotence sterility and allied disorders male sexual organs. Illustrated. Philadelphia. 8 M.
Guyet, De l'instinct des malades en thérapeutique. Paris, Doin.
Hall, Drink Thirst: its Medical treatment. London, Warren Hall. 2
Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Herausg. v. Zi Bd. 10. Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane v. C. Sc 5. Aufl. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 M.
Hartmann, Krankheiten des Ohrs und ihre Behandlung. Mit 34 H Kassel, Fischer. geb. 5 M.
Haward, A Treatise on orthopaedic surgery, with 30 Illustrations en on wood.
Contents, I. Talipes, II. Torticolis, or Wry-Neck, III. Distortions Upper Extremity, IV. Distortions of the Lower Extremity, V. Con Cicatrices, VI. Ankylosis, VII. Rickets, VIII. Lateral Curvature Spine. London, Longmans, Green & Comp. 12 sh. 6 d.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

ɔhentlich.
g umfasst
cl. Titel
ister.

Centralblatt

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

für

INISCHE MEDICIN.

Redigirt von

H. Rühle, und Dr. D. Finkler,

ınd Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

a. o. Professor der Medicin in Bonn.

26. November. Nro. 31.

n Ziemssen, Statistisches über die Morbiditäts- und Mor- sverhältnisse von Typhus, Pneunomie, Pleuritis, Bronchitis, a, Rheumatismus artic. acutus und Phthisis pulmonum.
der städt. allg. Krankenh. zu München 1876/77, herausgeg. of. v. Ziemssen 1881. S. 513.)

f. theilt die Ergebnisse mit, welche er aus einem statistischen ngsmaterial von 14¼ Jahren (bei einem Krankenstand von gegen 10 000) gewonnen hat. Zur numerischen Verarbeitung mmtmaterials nach vom Verf. aufgestellten Gesichtspunkten ahren eigens ein statistischer Hilfsarbeiter angestellt. Ausser n in einer früheren Arbeit (Bd. I der Annalen) berücksichtig- nten sind für die letzten 4 Jahre (75—79) als neue Gesichts- Betracht gezogen worden die Geschwindigkeit der Luftbe- nd die Topographie der Erkrankungen in der Stadt nach po- Bezirken, Strassen und Häusern, Höhenlage der Wohnungen

nach Stockwerken, Vorder- und Rückgebäuden. Unter den za
Ergebnissen für die obigen Krankheiten (die Variola findet we
geringen Frequenz während der letzten Jahre keine Berücksi
sind von besonderem Interesse die folgenden.

Die höchste Krankheitsziffer weist der Typhus abdom.
demnächst Phthisis pulm. 4601, Angina catarrh. et phlegm
Bronchitis ac. et chron. 3513, Polyarthritis rheumat. acut.
2937, Pneumonia croup 1699, Pleuritis 1418. Beim Typhus ü
die männlichen nur wenig über die weiblichen Kranken, bei
führten Erkrankungen der Respirationsorgane aber, namentlic
Phthisis ungefähr um das Doppelte, während die Weiber für
lenkrheumatismus und noch mehr für die Angina ein grössere
gent stellen als die Männer.

Typhus abdomin. Gesammtmortalität (14¼ Jahre)
Auf 100 Typhuskranke kamen 52,34 Männer, 47,66 Weiber.
gruppe von 21—25 weitaus am meisten belastet (über ein Dr
Fälle). Der Einfluss der Jahreszeit, des Grundwassers und d
mengen ist durch Tabellen und ein Diagramm illustrirt. Dara
sich die Richtigkeit des (Bd. I) schon formulirten Schlusssat
Typhus-Erkrankungs- und Absterbeordnung im Krankenh. l.
Zeit von 1865/66—1879 (incl.) steht im umgekehrten Verhäl
Stande des Grundwasserspiegels und der Regenmenge. Reich
anhaltende meteorische Niederschläge und stärkere Durchfeuc
oberen Bodenschichte löschen in München die Typhus-Epidem

Pneumonia croup. Sterblichkeit im Ganzen von
1879 von 18,6 auf 16,8% gesunken, bei den Männern 15,8%
Weibern 19,1%. Unter 100 Kranken 68,9% männl., 31,08
Grösste Häufigkeit im Alter von 16—30, besonders 21—25.
lingsmonate sind etwas stärker als die Wintermonate, diese
bedeutend stärker belastet als die Herbst- und Sommermo
einem Diagramm wird die Pneumonie-Frequenz zusammenge
den Temperatur- und Luftdruck-Schwankungen, die in den letzt
auch mit der Luftgeschwindigkeit, wonach ein Einfluss die
sphärischen Momentes vorhanden zu sein scheint. Doch wagt
keine sichere Schlussfolgerung daraus zu ziehen.

Die Sterblichkeit bei Pleuritis betrug 7,4%, bei Männe
bei Weibern 3,8%. Grösste Frequenz der Erkrankung im M
ziemlich gleich im Sommer und Winter, am geringsten im
bis November.

Von den an Angina Erkrankten trafen in 4 Jahren 3
das männliche, 66,5% auf das weibliche Geschlecht; im frü
richt über 10 Jahre betrug das Verhältniss 40,5 : 59,5%. Al
dieses Verhältnisses wird die Art der Hausarbeit der Weib
niederen Ständen, sowie die leichtere Halsbekleidung der W
geführt. Die Häufigkeits-Skala der letzten 4 Jahre bezüglich d
zeiten lautet sowohl für Angina wie für Bronchitis al
Winter, Frühling, Herbst, Sommer.

„Die Polyarthritis rheumatica, eine der häufigste
kungen auf dem ganzen oberbayr. Hochplateau, betrifft an
die Pneumonie und Pleuritis weitaus. Sie ist bei Weibern e

r als bei Männern." Das weitaus grösste Kontingent liefert die
ersgruppe von 16—30, und unter dieser wiederum die von 21—25
ren.

Phthisis pulmon., am häufigsten im Winter, demnächst im
lling, seltener im Sommer und Herbst, ihre Mortalität beträgt
4% und ist am grössten im Frühling, demnächst im Sommer und
ter, am geringsten im Herbst. Mortalität im Verhältniss zur Ge-
mtsterblichkeit 24,7%, im Verhältniss zur Gesammtmorbidität 1,6%.

Der 2. Theil der Arbeit enthält eine Topographie der Mor-
ät in der Stadt München nach Bezirken und nach der Höhenlage
Wohnräume. Dieselbe ist, da Morbiditätslisten aus der Privatpraxis
t zu erhalten sind und anzunehmen war, „dass das Erkrankungs-
ältniss der ärmeren und dienenden Klassen in topographischer
sicht ein ziemlich getreues Bild der Morbiditäts-Topographie der
ammtbevölkerung der Stadt liefern würde," ermittelt an dem Be-
htungsmateriale der Krankenhäuser pro 1876—79. Alle Fälle der
nnten 7 Krankheiten wurden einerseits nach Stadtbezirken, Strassen
Häusern, andrerseits nach der Höhenlage der Wohnräume inner-
der Häuser geordnet, und die Procentverhältnisse zur Bevölkerung
Stadtbezirke berechnet. Eine kartographische Darstellung, in wel-
die verschiedenen Procentzahlen durch Farben unterschieden sind,
nschaulicht das Morbiditätsverhältniss der einzelnen Bezirke zu ein-
r für jede der 7 Krankheiten. Wenngleich die Verhältnisszahlen
nflusst sind von der Vertheilung der Spitalgäste auf die einzelnen
tbezirke, so ist doch ein Vergleich der verschiedenen Krankheiten
r sich innerhalb eines Gebietes, in welchem die Vertheilung sich
h bleibt, von grossem Interesse. Zur Vermeidung des erwähnten
gels will v. Z. später auch den Antheil, den die einzelnen Bezirke
der Gesammtfrequenz der Spitäler nehmen, berechnen, und zur wei-
n Aufklärung die Topographie noch auf Strassen und Häuser ein-
n lassen, wie es für den Typhus bereits geschehen ist. Das Er-
niss des Versuches, in den Höhenlagen der Wohnräume Krankheits-
len zu entdecken, ist vorläufig wegen der zu kurzen Beobachtungs-
und wegen der noch zu beseitigenden Fehlerquellen ein mehr ne-
ves. Feststehen dürfte einstweilen nur, dass mit Ausschluss des
erre, in welchem Erkrankungen besonders häufig sind, die Dispo-
n zu Erkrankungen mit der Höhe der Stockwerke zunimmt.

Stintzing (München).

. **Roth** (Bamberg), **Ueber die Verbreitung des Abdominal-
yphus nach Wasserläufen.** (Aerztl. Intelligenz-Blatt Nr. 44.)

Im Jahre 1876 und 77 trat in dem Thale eines Baches, von
6 Ortschaften durchflossen werden, eine Typhusepidemie auf, die
einer Einwohnerzahl von 2076 Personen 59 Individuen betraf, also
Proc. der Bevölkerung; 12 dieser Fälle endeten tödtlich.

Der 1. Fall betraf einen 20-jährigen jungen Mann aus dem weitesten bachaufwärts gelegenen Dorfe und von da aus wurden Reihe nach die bachabwärts gelegenen Dörfer von Hausepidemien fallen, insbesondere beherbergten sämmtliche Mühlen des Thales Typh kranke und zwar nur solche, welche in der betreffenden Mühle erkra waren. Die Oertlichkeit der einzelnen befallenen Dörfer unterst die Annahme, dass der Bach der Träger des Typhuskeimes gewesen (über die Art der Infection des 1. Falles liess sich nichts Bestimm eruiren); die befallenen Häuser sind im Ganzen und Grossen an Lauf des Baches gruppirt oder liegen doch demselben sehr nahe. einem Orte blieb der südliche Theil, der von einem besonderen den benachbarten Höhen entspringenden Bache gespeist wird, von krankungen völlig frei.

In einigen Fällen konnte die Möglichkeit von Trinkwasserinfect angenommen werden (eine Quelle war durch Bachwasser verunreinigt), den übrigen Fällen musste bei der Frage nach dem Modus, wie du das Wasser Infectionskeime in den menschlichen Körper gebracht wer können, namentlich das Gebrauchswasser herbeigezogen werden.

Ein Beispiel einer so fortlaufenden Kette von Ortsepidemien lä eines Baches fand Verf. nicht wieder in der Literatur.

Seifert (Würzburg)

---

436. **Toussaint, H., Sur le parasitisme de la tuberculose.** Ue den Parasitismus der Tuberculose. (Comptes rendus T. XCIII. Nr.

Verf. beschreibt den Parasiten der Tuberculose. Er stellte Blut und Gewebssäften von 2 tuberculösen Kühen und 1 tuberculö Schwein mittelst Fleischbrühe Culturen an, welche zu reichlicher V vielfältigung eines Mikroorganismus führten, der sich in Form klei Körnchen darstellte, die isolirt oder zu 2 bis 10 vereinigt oder kleinen unregelmässigen Gruppen zu sehen waren und einen Dur messer von 0,0001 bis 0,0002 mm hatten. Durch Impfungen auf ninchen und Katzen überzeugte sich Verf. von der Fähigkeit der C turen, locale und generelle Tuberculose zu erzeugen.

Lüderitz (Jena)

437. **Dr. J. Widder, Ueber Iritis syphilitica mit Rücksicht ihr Verhalten zur allgemeinen luetischen Diathese.** (Arch. Ophthalm. XXVII. Band. Abth. 2. Seite 99—170.)

Verf. giebt einleitend einen kurzen historischen Ueberblick ü die Entwicklung der Lehre der Syphilis. Er adoptirt die von Zei durchgeführte Scheidung der Lues in ein Stadium der nässenden Pap

n ein Stadium der gummösen Neubildungen. Weiterhin erörtert
as Verhältniss zwischen luetischen Erkrankungsformen der Iris
er allgemein luetischen Diathese unter besonderer Berücksichti-
der Frage nach der Entwicklungsphase der Syphilis, in welcher
gsweise die specifischen Iritiden vorkommen. — Nach den dem
zur Diposition gestandenen einschlägigen Materialien der Klinik
Arlt von einem Zeitraume von mehr denn 6 Jahren, kommt er
n Ergebnisse, dass die Iritis specifica ein Frühsymptom der con-
onellen Syphilis ist, „sie ist ein Produkt des condylomatösen
ms“. Die in der Spätperiode der Syphilis sich einstellenden
bogenhaut-Entzündungen, die höchst selten sind, sind nicht als
luetische Processe anzusehen, sondern sind für gewöhnlich nur
n in einem syphilitischen Individuum, „das bereits der Cachexie
iegt“. Die Aetiologie für diese Formen ist die gleiche, wie für
egenbogenhaut-Affectionen, welche sich nach langwierigen Krank-
rocessen, die einen wenn auch nur zeitweiligen Marasmus bedingen,
len (nach Typhus, Intermittens etc.). Für diese Auffassung
t auch die häufige Wirkungslosigkeit der Mercurpräparate; ja
selten tritt bei Anwendung derselben sogar eine Verschlimmerung
rankheitsprocesses ein.

Was die sogen. Iritis gummosa in Bezug auf ihr Verhalten
llgemeinen Verlauf der Syphilis betrifft, so tritt W. der allge-
n Anschauung, dass dieselbe in einer späteren Periode der Lues
mme, entschieden entgegen. — Sie gehört vielmehr ebenfalls dem
lomatösen Stadium an. Dabei muss in der Nomenclatur dieser
eine Rectification nach der Richtung hin erfolgen, dass man
papulosa sagt. Denn, was im Allgemeinen schlechthin als
a iridis bezeichnet wird, verdient aus anatomischen wie aus kli-
n Gründen den Namen einer Gummigeschwulst nicht, sondern
ner syphilitischen Papel. — Schliesslich discutirt Verf. noch die
ob es auch eine Iritis der Tertiär-Periode, eine wahre Iritis
osa gebe, und erledigt dieselbe in bejahendem Sinne, indem er
diesbezügliche Krankengeschichte mittheilt, welche das klinische
mmniss eines wahren Gumma erhärtet.

Zur letzteren Kategorie gehören auch die von Alt, v. Hippel,
ker, Stellwag und Mooren publicirten Fälle. — Auch von
schem Standpunkte erscheint die strenge Scheidung zwischen Iritis
osa und wahrer Iritis gummosa von Werth, „indem in dem
ösen Stadium der Syphilis Jodpräparate dieselbe Rolle spielen,
Mercur in der Frühphase der Lues“.

Eversbusch (Münschen).

Dr. J. **Rabuske**, Stabsarzt in Berlin, **Ein Fall von Manie nach rlatina.** (Deutsche medicinische Wochenschrift. Nr. 41. 1881.)

R. behandelte im Frühjahr d. J. einen 21-jährigen Kaufmann an
tina. Am 1. März begann die Erkrankung, am 2. fand sich das

charakteristische Exanthem und am 3. traten die ersten Anfäng
Manie auf. Er hatte eine Colatio acidi salicyl. genommen. I
folgenden Tagen steigerte sich seine Aufregung, er verliess das
versuchte seine Kleider zu zerreissen etc. Daneben exquisite Ge
und Gehörshallucinationen. Am 6. März erreichte die Psychose
Höhepunkt. Während der Psychose absolute Fieberlosigkeit.
dem Gebrauch von Chloralhydrat mit Morphium, anfangs in g
Dosen und Fortgebrauch von kleinen Dosen Chloralhydrat, tra
Psychose zurück und am 16. März nach starker Desquamation
Pat. als geheilt betrachtet werden.

Eine erbliche Belastung war nicht vorhanden, und Pat. w
dahin stets gesund.

Dr. Men

---

439. **Dr. E. Finger, Ueber eine constante nervöse Störun floride Syphilis der Secundärperiode.** (Vierteljahrsch. für und Syph. 1881. 2 u. 3. S. 255.)

F. untersuchte an 50 Patienten, von denen 35 (28 M. 9
der 3.—6. Woche mit dem Initialaffect, 13 (9 M. 4 W.) kurz vo
bereits mit beginnenden Eruptionserscheinungen in der Wiener
für Syphilis aufgenommen worden waren, die verschiedenen Hau
Sehnenreflexe. Wenn auch nach dem Geschlechte der Patienten
Intensität und Schwere des syphilitischen Processes, der Raschhe
der Menge der Eruption Abweichungen sich constatiren liessen, so
die Untersuchung in allen Fällen Schwankungen der Reflexerregb
in einer für alle Fälle gleichen vollständig typischen Weise.

Unmittelbar vor und zur Zeit des Auftretens der Exan
waren die Reflexe der Haut und Sehnen vermehrt, um bald unt
Norm zu sinken, so dass erst mehrere Wochen nach Schwun
Syphilis die normale Stärke wieder erreicht wurde. Auch bei
treten von Nachschüben syphilitischer Efflorescenzen wurde eine S
rung der Reflexerregbarkeit beobachtet, welche nach vollendeter
tion sehr bald auf den früheren Stand zurücksinkt. Die Behan
scheint auf diese Aenderungen der Reflexerregbarkeit keinen beso
Einfluss zu üben.

Als Beleg zu seinen Deductionen theilt F. 20 Krankengesch
im Auszuge mit.

Doutrelep

er und **Pick, Weitere Beiträge zur Pathologie und schen Anatomie des Centralnervensystems.** (Zeitschrift unde. II. Bd. 4. Heft.)

calisation partieller Oculomotoriuslähmungen.

3 jähriger Taglöhner bekam im Juli 1879 einen leichten en Insult mit geringer linksseitiger Hemiparese, die sich 'agen fast ganz wieder verlor. Im August neuer Insult: leichte Ohnmacht, dagegen vollständige linksseitige Hemi- tsseitige unvollständige Oculomotoriuslähmung; und zwar mt M. Levator palp., Rectus sup. und inf., Obliquus inf., r Rectus inf., die Pupille zeigte normale Weite und normale Nach einigen Wochen entwickelten sich bei unveränderter racturen der linksseitigen Extremitäten, gesteigerte Sehnen- rend die Oculomotoriuslähmung sich auf den Levator palp., und inf. beschränkt hatte. Mitte September traten bei sorium wiederholte Anfälle von Aphasie und klonische der rechtsseitigen Extremitäten auf. Seit Ende November die Symptome einer linksseitigen Pneumonie, die zu Gan- und Mitte December den Exitus bewirkte.

ection ergab starke Schlängelung der linken Art. vertebr., silaris. Die linke Art. cerebri post. war in ein fast völlig r verwandelt, hatte aber noch ein Lumen; die rechte zeigte r Länge von 4 ½ mm als derber solider Strang mit Blut- m Lumen. Der rechte Grosshirnschenkel war geschwollen sweise im Fuss, zerreisslich, gelblich erweicht.

skopisch ergab sich: in der Oblongata Degeneration der ramide, im Rückenmark typische secundäre Degeneration Pyramidenseitenstrang- und der rechten Pyramidenvorder- Im Mittelhirn fand sich: auf Frontalschnitten in der Höhe n Zweihügel ein Erweichungsheerd, welcher die aus dem lirnbasis dringenden Wurzelfasern des Oculomotorius in der ffen hat, dass von den vordersten Fasern nur spärliche gelegene Bündel, weiter hinten die lateralen Bündel in enge, noch weiter rückwärts die lateralen und ein Theil n Faserbündel und ganz hinten auch noch mediale Fasern einen.

rund dieses Befundes und eines ähnlichen schon früher sych. Bd. X. H. 2) von ihnen publicirten Falles kommen in Uebereinstimmung mit den Thierversuchen von Hensen ers — zu dem Resultat, dass die papillären Fasern des ius beim Menschen in den vordersten Wurzelbündeln des Nerven verlaufen, dass die Innervation der äusseren Augen- ne Function der hinteren Wurzelbündel ist. Hypothetisch ie ferner, dass die hinteren lateralen Bündel der Innervation lp., Rect. sup. und inf., sowie des Obliq. inf., die hinteren ndel derjenigen des Rect. int. und vielleicht auch des Rect. en. Der mitgetheilte Fall ergebe ferner den Satz, dass eine

dissociirte partielle Oculomotoriuslähmung vor Allem auf ein
des Wurzelgebiets dieses Nerven hinweise.

II. Neuer Fall von Missbildung eines menschli Rückenmarks.

Das betreffende mit grauer Degeneration der Hinterstr
haftete Rückenmark war durch eine gewisse Thierähnlichkei
zeichnet: es bot abnorm kleine Dimensionen der Hinterstränge
grauen Substanz, abnorme Configuration der beiden dar; im Le
war es noch am meisten der Norm ähnlich. Es stammte v
35 Jahre alten Wäscherin, die in der Pubertätszeit 2 Jahre
Steifigkeit und Lähmung der oberen und unteren Extremitäten
hatte; seit 1877 (34 Jahre alt) litt sie an Parästhesien de
blitzartigen Schmerzen in den Beinen, Gürtelschmerz, atactisc
störung mit Schwäche der Beine. Diese Erscheinungen wurden
die Gangart wurde ausgeprägt paralytisch; die Patellarreflexe

Die klinische Diagnose lautete auf Tabes dorsalis; bemerk
im Vergleich zu den typischen Symptomen der gewöhnlichen
strangsclerose seien jedoch folgende Momente:

1. Der 2 Jahre dauernde Lähmungszustand um die Pube
2. Das Vorhandesein starker motorischer Schwäche,
3. Das völlige Fehlen cephalischer Symptome.

III. Zur Lehre von den Fasersystemen in den Hi strängen des Rückenmarks.

Die Verf. beschreiben ein Rückenmark, dessen Träger,
jähriger Korporal, ziemlich acut — als einziges ätiologisches
wurde übertriebener Coitus angegeben — mit Kreuzschmerzen, S
in den Beinen, Parese derselben, Incontinentia urinae et
krankt und nach fünf Monaten an Decubitus, Pyelonephritis u
zu Grunde gegangen war. Das Organ zeigt nach Härtung in
chromsaurem Kali eine leichte Verfärbung des inneren Theils de
stränge und mikroskopisch fand sich Folgendes. An den we
griffenen Stellen waren die Maschen des Neuroglianetzes ve
gequollen, einzelne Deiters'sche Zellen vergrössert; die Ner
querschnitte normal, oder degenerirt mit körnigem Mark u
lagerten Körnchenzellen. An stärker erkrankten Stellen
Neuroglianetz noch mehr verdickt und in den Maschen fa
Körnchenzellen, homogene oder schwach granulirte Substanz,
stücke von Achsencylindern. An Stellen schwerster Erkrank
das Neuroglianetz weniger gequollen, zusammengefallen, ent
Körnchenzellen, vereinzelte degenerirte oder anscheinend intact
fasern; die Gefässe zeigten verdickte stark glänzende Wandun
übrige weisse Substanz sowie die graue erwies sich normal (n
im Lendentheil an den Ganglienzellen die Fortsätze abgebroc
fehlten ganz — wohl in Folge mangelhafter Erhärtung).

Die Verf. sahen diesen Fall strangförmiger, die Hinterst
ganzen Verlauf betreffender Erkrankung an als eine System

Sinne Flechsig's), für deren topographische Verbreitung ein Fasersystem verantwortlich zu machen ist. Dafür spräche: haus continuirliche Zusammenhang der erkrankten welche im Hals- und oberen Dorsaltheil sich an die Area schen Stränge halten, in den zwei untern Dritteln des Dorso ziemlich dieselbe Gestalt wie im oberen Drittel haben, das Lendenmark zu successive ein etwas anderes Bild em hier der degenerirte Theil sich nach hinten hin beträchtitert; das erkrankte Gebiet sei überall genau abzudie Ausbreitung der Affection sei vollkommen symmeuch der histologische Befund, der mit dem bei mittleren cundärer aufsteigender Degeneration und bei amyotrophischer erose ziemlich übereinstimme, liesse sich für das Vorhanden- Systemerkrankung, d. h. einer zunächst parenchymatösen Afwerthen.

Verf. vergleichen ferner diesen Befund 1) mit den von über die Topographie der Goll'schen Stränge gefundenen gsgeschichtlichen Thatsachen, 2) mit der Topographie der len secundären Degeneration, 3) mit der Topographie der on bei Compression der Cauda equina, 4) mit der Topographie en Erkrankungen der Goll'schen Stränge, und sie sind der lass es sich trotz der vielfachen hierbei sich ergebenden der Topographie doch in allen den genannten Fällen immer d dasselbe Fasersystem — das der Goll'schen Stränge — delt; die Differenzen der Degenerationsfelder in den verschieen des Rückenmarks und in den Beschreibungen der ver- Autoren liessen sich erklären 1) durch eine individuelle t des Faserverlaufs innerhalb gewisser Grenzen, 2) durch lem Sitze der veranlassenden Läsion nothwendigerweise in grossen Faserantheilen erfolgende secundäre Degeneration, durch das successive oder vielleicht partielle Befallenwerden ystems bei den primären Erkrankungen.

Lüderitz (Jena).

Leichtenstern, Zur Kenntniss in Entfernung vernehm- Herz- und Lungengeräusche. Krankenvorstellung in der vom 16. Mai 1881. Aus den Verhandlungen des Allgem. n Vereins zu Köln. (Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 43.

st wird ein herkulisch gebauter Lastträger vorgestellt, der tal gekommen ist, um sich wegen eines ihn sehr belästigennenden Tones in seiner Brust behandeln zu lassen. Zeitweise noch an geringer Athembeklemmung und stechendem Schmerz Sternum. Dieser Brummton entstand im trunkenen Zustand

durch einen Fall. Im Anfang der Affektion war dieser Ton so
dass er die Frau des Pat. im Schlafe störte.

Die Untersuchung ergiebt einen in einer Entfernung von 1
noch gut hörbaren, mit der Herzdiastole synchronen Ton, der
dem Zupfton der D-Saite der Violine. Er setzt scharf ein, ve
langsam. Am lautesten wird er gehört am Manubrium sterni,
Auscultation geradezu unangenehm ist wegen seiner Stärke. Fer
er zu hören am Kopf, Vorderarm, Rücken, Bauch und bis zur
poplit.

Der Spitzenstoss ist sehr intensiv und ist zwei Finger brei
aussen von der Mamillarlinie befindlich. Hier ein systolisches Ge
mit nachfolgendem Brummton. Die weitere physikalische Unters
des Herzens, der Lungen und Abdominalorgane ergiebt nichts abn
Harn eiweissfrei.

Starkes Carotidenpulsiren und Pulsiren aller oberflächlich
nen Arterien. Radialarterie geschlängelt. Celerität des Pulses
facher Ton über der Cruralarterie.

Ein Pulsbild der Radialis zeigt rasche und steile Ascensio
Charakter der Celerität wegen der vorhandenen Arterien-Rigiditä
ausgeprägt. Neigung zur Häckchenbildung im anakroten und
kroten Schenkel. Rückstosselevation schwach.

Eine $^3/_4$ J. später aufgenommene Curve, zu einer Zeit w
Brummton nur auf $^1/_2$ Met. hörbar war, die Pulse weniger h
waren und Pat. sich vollkommen wohl fühlte, zeigt bei steiler
sion überwiegend den Charakter einer erhöhten Gefässspannung
chenbildung). Rückstosselevation ist kräftiger geworden. Es
also die Hypertrophie des L. Ventrikels mehr zum Ausdruck
Aorteninsufficienz.

Die Diagnase lautet also auf traumatische Zereissung
Aortenklappe und dadurch hervorgerufener partieller A
Insufficienz. Parallelfälle sind zwei von Burney Yeo (Lancet
veröffentlicht. Der günstige Ausgang dieser scheint sich auch im
bestätigen zu wollen; denn die Insufficienzerscheinungen sind im
Rückgang.

Den musikalischen Charakter des Tones erklärt Vf. aus der
Beschaffenheit der Spaltränder und der spaltartigen Oeffnung
Klappe. Eine Stenose sei natürlich hier nicht vorhanden.

II. Fall. Ein 23-jähriger, kräftiger Mann mit compensirter
stenose.

Spitzenstoss im 5. Intercostalraum in der Mamillarlinie is
und ausserordentlich intensiv. Herzdämpfung verbreitert. Kein
chial-Katarrh, keine Leberschwellung, weder Cyanose noch O
Der 1. Ton an der Herzspitze nun ist ausserordentlich laut, me
klirrend, fast schmerzhaft zu auscultiren. Dieser Ton wird bei R
Zimmer auf $1^1/_2$ Met. gehört. Die veranlassenden Momente zu
Ton findet Vf. in:

1. Der Hypertrophie des L. Ventrikels, geschlossen au
starken Spitzenstoss.

2. Der nervösen Steigerung der Kraft der Herzaktion.
Erethismus cordi sei bei dünner Thoraxwand im Stande ein

hörbaren Ton zu schaffen. So bei zart gebauten Phthisikern
hen. Im Anschluss hieran spricht Vf. seine Ansicht dahin
ein durch nervöse Herzpalpation, die anfallsweise auftrete,
ler Aorta, eine Hypertrophie des L Ventrikels entstehen

rmöglicht die durch die Stenose bedingte verminderte An-
g der Mitralklappe eine um so acustisch wirksamere End-
Bei dieser Endspannung gerade falle die Hypertrophie des
für die Schallintensität des 1. Tones ins Gewicht.
all ist ein 18-jähr. Mädchen, bei dem man ein mit der
Herzens synchronisches, laut quakendes Geräusch auf eine
von 1—6 ½ Meter deutlich hört. Die Intensität wechselt
r von Respirationsphasen durchaus unabhängig.
achte ein Lungenleiden im 8. Jahr durch und nach ½-
ler dieses Leidens entstand dieses ihre Lehrer und Mit-
tigende Geräusch. Die Untersuchung der Brust des gesund
Pat. ergiebt eine beträchtliche Schrumpfung der L. Lunge
m Retrécissement der L. Thoraxseite und beträchtlicher
des Mediastinums nach L. so dass die Grenze der R. Lunge
Parasternallinie verläuft. Cavernöse Erscheinungen sind
infrascapularis und interscapularis sinistra vorhanden, wo
oschquak-Geräusch am intensivsten ist.
nese des Geräusches ist mithin folgende. Wahrscheinlich ist
t dem Herzbeutel, letzterer jedenfalls mit der L. Lunge
erkleinert sich nun das Herz in der Systole so wird die
vachsene, schwielig verdickte Wand einer Caverne plötzlich
gesetzt. Hierdurch und durch Resonanz in derselben sei
zu erklären.
eitere Eigenthümlichkeit bietet der Fall durch eine Stenose
der Pulmonalarterie an seinem Eintritt in die cirrhotische
nosticirt wurde diese Stenose aus einem systolischen blasen-
h, das auf- und einwärts von der Herzspitze auftritt und
nknorpel seine grösste Intensität erreicht. Die Erscheinung,
Geräusch ungewöhnlich laut links hinten in der Höhe der
l vernommen wird und minder stark über der ganzen
, erklärt Redner durch Fortpflanzung desselben in die Pul-
äste vom Hilus aus.

Dr. Menche.

---

nder in Waren (Mecklenburg), **Die Behandlung der
Empyeme bei Kindern.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde
II. 2. und 3. Heft.)

ritt den Ansichten einiger Vertreter der innern Medicin
elche dem kindlichen Alter eine Ausnahmestellung zuer-
die Punktion dem Schnitt vorziehen. Nach den Erfah-

rungen des Verfassers, welche derselbe als Assistent am Augustal
zu Berlin und in der Praxis gemacht hat, kommt man mit der P
nur in sehr wenigen Fällen zum Ziele, er ist allerdings auch
sicht von König, dass man jedes frische Empyem zunächst
punktiren muss und wenn hierdurch keine Heilung erreicht wir
streng antiseptischen Kautelen incidiren muss.

Was die Hauptnachtheile der Radicaloperation, welche
Vertretern der Punktion angeführt werden, grössere Gefährlich
Eingriffes und grössere Mortalität, längere Heilungsdauer,
Umständlichkeit der Behandlung betrifft, so glaubt Verfasser,
Operation, ausgeführt von einem antiseptisch arbeitenden Ch
absolut ungefährlich, während oft nach Punktionen Zersetzun
Exsudates eintreten. Was den zweiten Vorwurf der längeren Heilun
betrifft, so scheint dieser dem Verfasser ebenso ungerechtfertigt.
giebt als Durchschnitt der Heilungsdauer durch Incision
uncomplicirter Empyeme 3—6 Wochen an, die meisten Beric
durch Punktion geheilte Empyeme weisen eine viel längere
lungszeit auf. Der dritte Vorwurf, die grössere Umständlich
Behandlung, ist ebenfalls nach dem Verfasser ganz unwesent

Ein Hauptnachtheil bei der Punktion ist, dass die Fibring
welche in den eitrigen Exsudaten enthalten sind, nicht entfernt
können; Verf. glaubt, dass solche zurückbleibende Massen sel
Anlass geben können zu käsigen Processen, zumal wo heredi
lage vorhanden ist.

Was die Technik anlangt, so ist die Resection eines Rippe
nicht immer nothwendig, ebenso ist die Wahl der Incisionsste
wesentlich.

Den Küster'schen Doppelschnitt empfiehlt Verfasser nur
setztem Inhalt. Als Verbandmaterial nimmt Verfasser nic
Carbolgaze, da er einmal eine Carbolintoxication gesehen hat,
Essigsäure-Thonerdegaze; damit der Verband durch die Resp
bewegungen nicht verschoben werden kann, legt er darüber n
Gummibinde.

Kohts (Strass

---

443. **P. G. Unna** (Hamburg), **Ueber kreisfleckige Exfoliat Hohlhand und der Zunge,** (Exfoliatio areata palmae ma Exfoliatio areata linguae.) (Vierteljahrsch. f. Derm. u. Syp 2. u. 3. S. 295.)

In drei Fällen beobachtete U. an der Hohlhand und Paln
der Finger kreisförmige, 5—10Pfennig grosse Inseln, in deren
die äusserste Hornschicht wie mit dem Locheisen ausgeschlag
Der Grund derselben war platt und röther als die umgeben
der Rand theils platt, theils gefranst und streckenweise unt

enfliessen der Kreise entstanden grössere vertiefte Flächen.
rn konnte nachgewiesen werden, dass die Affection nur
der feingerillten Hornschicht, welche die Palmarfläche
auszeichnet, sich zeigte. In einem Falle führte die An-
r Schwefelsalbe schnell zur Heilung. An die Beschreibung
sch dunklen und bisher nicht beschriebenen Affection an-
lt U. seine Beobachtungen über die nach ihm verwandte
er Zunge, der sog. Landkartenzunge, Lingua geographica
er 14 Fälle gesehen hat. (cf. Caspary dies. Centralblatt,
. Ueber flüchtige gutartige Plaques der Zungenschleim-
erscheidet drei Grade der Ausbildung, welche nicht inein-
en, sondern zeitlebens als solche zu bestehen pflegen.
en Grade zeigen hauptsächlich die Zungenränder, deren
onst normal ist, erbsen- bis Zehnpfenniggrosse, meist von
nnte Kreise, welche sich durch Farbe- und Niveauverschie-
ben. Diese Flecken können verschwinden, während an
n ähnliche auftreten, wandern jedoch nicht über den
weiter. Bei dem zweiten Grade ist die Zunge beständig
n Ausdehnung oder zum grössten Theile afficirt, so dass
gleichzeitige aber abwechselnde Auftreten und Abblassen
n Inseln ein vielgestaltiges Aussehen erhält. Die höchste
ocesses hat U. in zwei Fällen beobachtet. Die ganze
che war befallen, die Abschuppung derselben war tief-
dass ganz unregelmässige, terrassenförmige Absätze der
den. Unna schliesst sich der Ansicht von Caspary
e Erkrankung mit Syphilis in keinem Zusammenhange
ie disponirt zu dem Uebel, wahrscheinlich auch chro-
äufig recidivirender akuter Magenkatarrh; scharfe Zahn-
Gelegenheitsursache abgeben. Vor Auftreten der Men-
e in einzelnen Fällen eine Exacerbation des Uebels beob-
len Fällen war es wahrscheinlich, dass die Erkrankung
on im ersten Lebensjahre entstanden war; Erblichkeit
ne Rolle bei der Aetiologie. Bei zwei Kindern im ersten
at U. die Affection in ganz derselben Gestalt wie bei
beobachtet und konnte den Zusammenhang mit der Den-
sen. U. definirt die Zungenaffection: „die Exfoliatio areata
ine auf die Zunge beschränkte, gutartige, in umschriebe-
nigen, zu landkartenartigen Zeichnungen zusammenflies-
en auftretende, durch nervöse Reize unterhaltene und in
e direkt bestimmte, aus akuten Schüben zusammengesetzte,
nzen höchst chronisch verlaufende, fast schmerzlose Epi-
kung der Zunge, die ihren Sitz ganz oberflächlich inner-
nschicht hat und die Schleimhaut selbst nie in Mitleiden-
Therapeutisch sollen Schwefel als Schüttelmixtur, schwef-
atron subsulfurosum, essigsaure Thonerde, Alaun in Form
ser günstige Wirkung gezeigt haben. Zur Radicalheilung
na auf die nervöse Natur des Uebels bauend die Anwen-
tanten Stroms. Als Nachtrag führt Unna noch an, dass
sjährigen Hefte der Annales de Dermatologie et de Syphi-
Vorlesung v. J. Parrot sich befindet, welcher weitere

Litteratur über die Krankheit anführt und auf 31 Fälle des Fi
gestützt, die Krankheit auf hereditärer Syphilis zurückführt
U. diese Ansicht nochmals energisch zurückweist.

Dout

---

444. **Dr. Karl Kopp, Ueber die mechanische Behandlu drops durch Drainage des Unterhautzellgewebes nac**
Nach Beobachtungen auf v. Ziemssen's Klinik. (Annale städt. Krankenh. zu München 1876/77. S. 550.)

Nach kritischer Besprechung der früher gebräuchliche schen Behandlungsmethoden des Anasarka beschreibt Verf. di nach Southey und hebt als Vorzüge derselben besonders Schmerzlosigkeit, die Reinlichkeit, die geringe Zahl der und die Möglichkeit das ausfliessende Serum quantitativ und zu bestimmen. In manchen Fällen jedoch bleibt die Drain los, und häufig gereicht die vorübergehende Entlastuug dem zum Nachtheil, indem in gleicher Weise wie früher Erysipe grän auftritt.

An der Hand von 28 beschriebenen Fällen, in welchen tionen zu verschiedenen Zeiten ausgeführt wurden, kommt folgenden Schlüssen. Entzündung in der Umgebung der nicht häufig, und kann derselben durch strenge antiseptisch vor und nach der Operatien, sowie durch zeitiges Ausziehe nülen vorgebeugt werden. Besonders vortheilhaft ist das bei Herz- und Nierenaffectionen, weniger geeignet bei St Pfortadergebiet und in der Leber. Bei vorhandener Ind Unterhautzellgewebes ist die Manipulation erschwert, und d gewöhnlich sehr unbedeutend. Sehr empfehlenswerth wegen der Gangrän und sehr erfolgreich ist bei starkem Hydrops talien die Drainage des Scrotum, die jedoch nicht länger als 12 Stunden dauern darf und lieber nach einigen Tagen zu ist. Im Allgemeinen ist längeres Liegenlassen als 24 Stu rathsam, dagegen die Einführung der Röhrchen an neuen empfehlen. Wenn auch eine völlige Beseitigung des H äusserst selten erreicht werden wird, so ist doch die rasche liche Erleichterung ein grosser Gewinn; manchmal wird a thale Ausgang auf längere Zeit verzögert. Die Hoffnung S dass das Instrument zur Lösung der Frage behülflich sein der Harnstoff erst in den Nieren oder im ganzen Organism werde, hält Verf. für etwas hoch gespannt. Indess habe d bestimmung des Serums doch schon zu interessanten Res führt. Aus seinen eigenen und Dr. Reuss' Eiweissbestimm Transsudate geht hervor, dass der Eiweissgehalt bei Bes Allgemeinbefindens und der Ernährung steigt, vor dem To heblich abnimmt.

glich der Mengen der durch Drainage entleerten Flüssigkeit
e Durchschnittsberechnung aus den 28 Fällen, dass aus 4
bei 24stündigem Liegenbleiben ca. 2 Liter entleert wurden.
Falle von parenchymatöser Nephritis wurden durch 49 suc-
gelegten Kanülen über 27 Liter, in einem Falle von verruköser
is mit embol. Nephritis durch 18 Punktionen 16 Liter, end-
iner chron. Myocarditis durch vier 24 Stunden liegende Ka-
iter entleert.

Stintzing (München.)

**Pinsker, Das Natron salicylicum in seiner Anwendung
ndern.** (Arch. f. Kinderheilk. 2. Band. Heft 12. 1881.)

asser publicirt seine Erfahrungen über dasselbe und empfiehlt
ers als Antipyreticum bei Kindern, zieht es dem Chinin in
llen, bes. bei Typhus vor. In Anwendung wurde dasselbe
ei Bronchitis, Bronchio- und croupöser Pneumonie, Typhus;
, Morbillen, Variola, Lungeninfiltration und bei chirurgischen
nd es wird besonders hervorgehoben, dass die Wirkung stets
e ist, „dass die Krankheitsprocesse dabei gar nicht in Be-
mmen". Die angewandte Dosis war bei Kindern unter 2
—1 gr, von 2—6 Jahren 1—3 gr pr. dos.; bei älteren
elbst 4,0 gr. Der Abfall der Temperatur schwankte zwischen
ft konnte man dieselbe schon nach einer Stunde constatiren.
sionen dauerten meist 5—6 Stunden, selten weniger als 3
Die stärksten Remissionen von 2° traten nur bei sehr hohen
ren von 40—41° ein, bei Temperaturen von 38—39° nie-
gleichen Dosen. Die Remissionen erfolgten stets, falls das
ht erbrochen wurde, was selten und nur die ersten Male
auftrat. Bei Typhus, Diphtheritis und Pertussis übte es
fluss auf die Dauer und den Verlauf des Krankheitsprocesses
aber als Antipyreticum wirksam wie bei anderen Affectionen.
nittens liess es meist im Stich, als Specificum kann es beim
lenkrheumatismus angesehen werden. Was die schädlichen
nd Nachwirkungen betrifft, so wurden dieselben dann am
eobachtet, wenn das Präparat kein reines war.

Kohts.

Neue Bücher.

Hegar & Kaltenbach, Die operative Gynäkologie mit Einschluss gynäkologischen Untersuchungslehre. 2. Aufl. 2. Hälfte. Stuttgart, 9 M. 40 Pf.

Hemming, W. D., Throat Diseases and the Use of the Laryngoscop Handbook for Practitioners and Senior Students. Illustrated with W Engravings. London, Longmans, Green & Comp. 2 sh. 6 d.

Henry, Treatment of varicocele by excision of redundant scrotum; strated by new instruments and an account of fifteen successfull New-York, Cloth. 2 M. 80 Pf.

Hersing, Compendium der Augenheilkunde. 3 Aufl. Stuttgart, Enke.

Hirsch, Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. 2. Bearbei 1. Abth. Stuttgart, Enke. 12 M.

Howard, A treatise on orthopaedic surgery, Longmans. 12 sh. 6 d.

Hueter, Grundriss der Chirurgie. 2. Hälfte, Specieller Theil. 2. Lfg. Brust, Bauch, Becken. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 M.

Ingals, Lectures on the diagnosis and treatment of diseases of the throat and nasal cavities. New-York. Cloth, 21 M. 50 Pf.

Koch, Mittheilungen über Fragen der wissenschaftlichen Medicin. I. B zur Lehre von der Spina bifida. Mit 5 lith. Tafeln. Cassel, Fischer.

Lefèvre, Contribution à l'étude de la syphilis chez les scrofuleux. Pa

Marey, La circulation du sang à l'état physiologique et dans les mal Paris, Masson. 18 fr.

Massot, Des accidents causés par l'ergot de seigle dans la pratiqu accouchements. Paris.

Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. I. Mit 14 photoli Tafeln. Berlin, Nordd. Buchdruckerei und Verl.-Anst. 16 M.

Moore, Health resorts for tropical invalids in India, at home and a London, Churchill. 5 sh.

Morlot, Contribution à l'étude de l'atrophie du testicule. Paris.

Mosimann, Contribution à l'étude du traitement de la péritonite Paris.

Oudin, Quelques considérations sur les températures pariétales à propo cas de phthisie aiguë. Paris.

Purcell, On cancer: its allies and other tumors, with special referen treatment. Philadelphia 20 M.

Reuet, Contribution à l'étude de l'Albuminurie cantharidienne. Paris.

Rizat, Manuel pratique des maladies vénériennes, avec 24 planches ch lithographiées. Paris, Doin. 11 fr.

Ruge und Veit, Der Krebs der Gebärmutter. Stuttgart, Enke. 6 M.

Uffelmann, Handbuch der privaten und öffentlichen Hygiene des K Leipzig, F. C. W. Vogel. 11 M.

Wagner, Habitual month-breathing, its causes, effects and treatment. York. 4 M.

Zweifel, Lehrbuch der operativen Geburtshülfe f. Aerzte und Studi Stuttgart, Enke. 10 M. 80 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

entlich.
umfasst
. Titel
er.

Centralblatt
für
INISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von
H. Rühle, und Dr. D. Finkler,
d Direktor der medicin. a. o. Professor
inik in Bonn. der Medicin in Bonn.

1. December. Nro. 32.

Bischoff (Basel), **Ein günstig verlaufener Fall von intraar- Infusion einer alkalischen Kochsalzlösung bei drohen-blutungstode.** (Centralblatt für Gynaekologie 1881. No. 23.)

. 20 des Centralbl. für Gyn. wird über die Versuche von rz referirt, welche sich an jene von Worm Müller und ehnen, und aus welchen hervorgeht, dass wenigstens bei nd Kaninchen durch eine Infusion alkalischer Kochsalz-olung von den Symptomen hochgradigster Anämie eintritt. z hält gestützt auf diese Thierexperimente eine Infusion auch Anämie des Menschen für indicirt, hatte aber noch keine t zur Ausführung.

liess eine 0,6%ige Kochsalzlösung bereiten, der in Erman- Natronhydrat einige Tropfen Kalilauge beigesetzt wurden. Arteria radialis wurde freigelegt, central unterbunden und in alb gemachten Schlitz die stumpfe Hartgummikanüle einge-e durch einen 50 cm langen Kautschukschlauch, der vorher

in verdünnter Schwefelsäure gelegen, mit einem Glastrichter in bindung gesetzt war. In Zeit von genau 1 Stunde liess Verf. über 1250 gr einfliessen, wobei der Flüssigkeitsspiegel zwisch und 60 cm über dem Arme stand. Während der Infusion erholt Pat. zusehends, der Puls sank allmählich auf 122, die Unruhe auf. Die Wunde an der Unterbindungsstelle ist per primam g

Es lässt sich allerdings schwer mit Sicherheit behaupten, Pat. ohne Infusion der akuten Anämie erlegen wäre.

Sicher ist, dass während der Infusion die Pat. sich sichtli holte. Gegenüber den Bluttransfusionen, deren Verf. einige bei Anämie mit Glück gemacht hat und bei denen die bekannten Sym von Oppression jedes Mal eintraten, liess sich bei der Salzwasserin gar kein beunruhigendes Symptom, ja überhaupt kein besonderes tom ausser dem allmählichen Langsamerwerden von Puls und Respi und dem Nachlasse der Unruhe bemerken, wenn er absehe vo vollständigen Weisswerden der linken Hand, deren Gefässe wä der Dauer der Infusion wohl fast ausschliesslich mit Kochsalz gefüllt waren. Die natürliche Farbe der Haut und normale Sensi kehrte sofort nach Beendigung der Infusion zurück und ist auch ausser dem Fehlen des Radialpulses keine Störung zu konstatire

Berücksichtigen wir die Umständlichkeit einer Bluttransfusi ihre Gefahrlosigkeit, so weit es sich um Menschenblut und Be tung aller Kantelen handelt, auch zugegeben — den unvermeid Zeitverlust, ganz abgesehen von der Schwierigkeit, sich in allen einen Blutgeber zu verschaffen, so werden wir leicht der Salzw infusion den Vorzug geben.

Bezüglich der zu infundirenden Menge glaubt Verf. auch Schwarz, dass weniger als 500 ccm nicht injicirt werden s Thierexperimente haben ergeben, dass sich leicht 50—80% de sammtblutmenge ohne alle Störung injiciren lassen und dass selbst noch ertragen wird.

Da es sich ja stets nur um sehr hohe Grade von Anämi delt, wo das Auffinden des subkutanen Venen etwas erschwer kann, möchte die intraarterielle Infusion vorzuziehen sein.

Koc

---

447. Cordua, Ueber die Berechtigung der Einführung der peritonealen Transfusionsmethode in die Heilkunde. Vortr ärztl. Ver. z. Hamburg. (Deutche med. Wochenschr. Nr. 31.

Als Resultat seiner Thierversuche theilt C. mit, dass das artige defibrinirte Blut, Lamm-, Kalbs-, und Hühnerblut, in die höhle der Hunde transfundirt, meist eitrige, tödtliche Peritonitis führt. Die rothen Blutkörperchen werden hierbei in Stromata freies Hämoglobin zerlegt und letzteres durch das Zwerchfell Blutbahn zurückgeführt und durch die Nieren ausgeschieden.

gleichartige nicht defibrinirte Blut, welches direkt aus
s des einen in die Bauchhöhle des anderen Hundes trans-
rde, gerinnt meistens, die festen Blutbestandtheile machen
te regressive Metamorphose durch und nur ein kleiner Theil
sig und dieser verhält sich ebenso wie das injicirte gleich-
fibrinirte Blut. Das letztere nämlich wird selbst in sehr
ngen durch das Zwerchfell innerhalb 24—36 Stunden voll-
verändert aufgesogen und bewahrt dabei seine physiologische
ähigkeit. Dies allein ist also zur intraperitonealen Trans-
ignet. Am Platze sei diese letztere Methode bei chronischen
Leukämie, Pyämie, Lipämie etc.

4 Fällen, bei denen von Schede und ihm diese Methode
wurde, verliefen 3 letal. Bei zweien (äusserste Anämie
ung und Pyämie) wurde die Transfusion in der Agonie voll-
er 3. Fall (Pseudoleukämie) starb an Peritonitis septica.
Fall (durch Diarrhöen äusserst heruntergekommenes Kind)
Transfusion vorzüglichen Erfolg.

Frage Fränkels, ob hämatogener Ikterus aufgetreten sei,
.; Hämoglobinurie sei nur bei der Transfusion fremdartigen
n Blutes aufgetreten. Auf die Einwendung Ookens, dass
usion bei Leukämie die Production des kranken Blutes doch
indere, entgegnet C., die blutbildenden Organe würden der-
rer Ernährung beeinflusst, dass eine heilende Einwirkung
unde liegenden Krankheitsprocesses erwartet werden dürfe.
Verhinderung der Verletzung des Darmrohres geht C. nach
eidung der Hautdecken mit dem Troicart bis in die Nähe des
, zieht dann das Stilet zurück und dringt bloss mit der
lie Peritonealhöhle.

Menche.

---

etrina (Privatdocent in Prag), **Ueber lethalen Icterus im von Typhus abdominalis.** (Prag. med. Wochenschrift No. 2. 1881.)

einem an Abdominaltyphus erkrankten Individuum tritt am
heitstage unter Zunahme der Krankheitserscheinungen ohne
st ein immer intensiver sich zeigender Icterus auf; deutliche
; und Schmerzhaftigkeit der Leber, später reichliche Schweisse,
peraturen des Morgens; rasche Kräfteabnahme; Tod nach 3
Die Section ergibt einen frischen Substanzverlust im Dünn-
er Nähe der Klappe, nebst älteren Narben. Die Leber sehr
miliaren Abscessen durchsetzt. Nach des Verf. Annahme
sich um embolische Processe in der Leber, als deren Aus-
: die Ulceration im Darm anzusehen ist, da Anzeichen eines
sprungs der Abscesse (Zusammenhang mit Zellengängen)

selten und die mikroscop. Untersuchung überdies die stärkste A
fung von Rundzellen um die feinsten Pfortaderzweige nachwies.
Ausserdem beobachtete P. kurz nachher zwei in ihrem V
mit dem soeben geschilderten fast identische Krankheitsfalle, bei
er trotz Mangel des Sectionsbefundes das Vorhandensein gleiche
hältnisse anzunehmen sich berechtigt hält. Zur Charakterisirun
von dem vorigen verschiedenen Verlaufes, den die gleichfall
seltenen Fälle von Abdominaltyphus darbieten, bei denen der
bedingt wird durch ausgebreitete Entzündungserscheinungen im G
des ductus hepaticus in Folge des Typhusprocesses führt Verf.
fast gleichzeitig mit den obigen Fällen beobachteten Fall an, b
es sich um einen im Ablauf begriffenen Typhusprocess (4. V
handelte; unter wiederholtem Schüttelfroste und abermaliger Stei
der Krankheitserscheinungen trat hier ein immer zunehmender
auf, die Leber schwoll an und wurde für Druck empfindlich. N
Tagen war die Temperatur zur Norm gesunken, die Schütte
blieben aus, Icterus jedoch besteht fort. Es entwickelt sich ho
dige Kachexie, nach 4 Wochen tritt Hydrops auf und nach w
4 Wochen unter zunehmendem Kräfteverfall exitus lethalis. Die S
ergibt glatte pigmentirte Narben im Dünndarm; die Leber verk
ihre Oberfläche granulirt, das Gewebe brüchig, stellenweise n
Einziehung. Die grösseren Zellengänge innerhalb der Leber mit
lich gelben fibrinösen Massen erfüllt, die kleinern zum Theil erw
und ähnliche Massen oder Concremente enthaltend. — Nach des
Ansicht war es hier in Folge des Typhusprocesses (früher b
niemals Icterus) durch Mitleidenschaft der Schleimhaut der Galle
(Micrococcusinvasion) zur Bildung croupöser Gerinnsel in den G
gängen und Verengerung sowie stellenweiser Obliteration derselb
kommen, während das Fortschreiten des entzündlichen Process
das Bindegewebe zur Schrumpfung der Leber Veranlassung gab

E. Schütz (Pr

---

449. **Dr. C. Rieger, Ueber Schanker, Chancroid und ihre morphosen.** (Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1881. 2 S. 189.)

Aus der Klinik für Syphilis in Würzburg werden eine Rei
Impfversuchen mitgetheilt, welche die verschiedenen Schanker
und ihre Beziehungen zu einander beleuchten sollen. Die Ve
bestanden in 1) Application von Aetzmitteln oder Hautreize
Syphilitische; 2) Einimpfung vulgären Eiters auf Nichtsyphil
und Syphilitische; 3) Einimpfung des Secretes reiner
auf Syphilitische; 4) Einimpfung des Secretes harten Schank
Syphilitische; 5) Impfung von Clerc'schem Chancroide auf Ge

mpfung von Chancroiden auf Gesunde und Syphilitische und
ung des Secretes des Uterinkatarrhs von Syphilitischen auf die
nen und andere Syphilitische.
e Versuche selbst, sowie deren Resultate müssen im Originale
hen werden.

Doutrelepont.

V. Preyer, Die Entdeckung des Hypnotismus. (Berlin, Verl.
Gebr. Paetel 1881.)

r wahre Entdecker des Hypnotismus ist der oft genannte,
elesene, viel gepriesene, arg verleumdete englische Arzt James

zeichnete sich schon früh als Chirurg aus und erwarb sich
ch eine ungewöhnliche Geschicklichkeit im Operiren Schielender.
ine ersten Schriften behandeln chirurgische Gegenstände, vom
841 an aber ausschliesslich den Hypnotismus und damit Zu-
hängendes. Er fand jedoch in den vierziger Jahren nur wenige
er unter den Aerzten, obwohl man viel von ihm sprach. Erst
angesehene Physiolog Carpenter im Jahre 1853 in der Royal
on in Manchester sechs Vorlesungen über die Physiologie des
ystems mit besonderer Rücksicht auf den Somnambulismus ge-
atte, in denen er die Richtigkeit der von Braid gefundenen
Thatsachen anerkannte, nahmen sich mehrere Aerzte der Sache
theoretischer Beziehung hatte die schon in 1846 erschienene,
ute ungemein interessante Schrift: „Die Macht des Geistes über
rper" Aufsehen erregt. Es wird darin auf Grund schlagender
ente der grosse Einfluss der Phantasie auf die Wahrnehmung
Unhaltbarkeit der Reichenbach'schen Od-Lehre dargethan,
ie als Stütze eines thierischen Magnetismus dienen sollte.
raid's Hauptwerk ist aber seine Neurypnologie, welche 1843
und durch die Mehrzahl der späteren Arbeiten nur ergänzt,
rweitert und nicht wesentlich modificirt wird.
e genannten Werke bilden die Grundlage der folgenden Mit-
en, welche mit der grössten Sorgfalt (im Text) so abgefasst
ss nicht das Geringste aus späterer Zeit aus den Original-
Braid's herausgelesen wurde, nichts ihm zugeschrieben wird,
nt durch seine veröffentlichten Schriften beurkundet ist.
sonders nachdem V. an gesunden Menschen viele seiner Ver-
iederholt habe, muss er bekennen, den lebhaften Wunsch zu
n, dass ihm die wohlverdiente Anerkennung nicht länger vor-
n werde.
s Wort Hypnotismus bezeichnet einen nervösen Schlaf, d. h.
genthümlichen Zustand des Nervensystems, welcher künstlich
führt werden kann durch anhaltendes gespanntes Richten der

Aufmerksamkeit, besonders des Blickes auf einen Gegenstand von
aufregender Beschaffenheit.

So erklärt Braid 1843 die von ihm erfundenen und eingefü
Ausdrücke und fügt erläuternd hinzu: „Streng genommen bezei
Hypnotismus nicht einen Zustand, sondern eine Reihe von Zustä
die in jeder erdenklichen Weise variiren zwischen blosser Träu
und tiefem Coma, mit völliger Aufhebung des Selbstbewusstseins
der Willenskraft, auf der einen Seite, und einer fast unglaublichen
altation der Functionen der einzelnen Sinnesorgane, der intellect
Fähigkeiten und der Willenskraft auf der anderen Seite.

Anfangs war Braid der Meinung, dass der ganze Mesmeris
oder sogenannte animalische Magnetismus auf Täuschung, heimli
Einverständniss, erregter Einbildungskraft, Zuneigung, Nachah
beruhe. Die erste „magnetischen" Sitzung, welcher er, dem Wu
einiger Freunde nachgebend — am 13. November 1841 — beiwo
bestärkte ihn in dieser vorgefassten Meinung. In der zweiten er
aber das Unvermögen der Patienten ihre Augen offen zu halten,
Aufmerksamkeit.

Nach zwei Tagen experimentirte er in Gegenwart einiger Fre
um ihnen die Richtigkeit seiner „Theorie" zu beweisen, dass nä
das anhaltende aufmerksame Starren die fragliche Erschei
zur Folge habe, indem durch dasselbe die zum Auge gehörigen Ne
centren mit ihren Annexen gelähmt würden, und so dass Gleichge
des Nervensystems gestört würde.

Zunächst sollte gezeigt werden, dass das Unvermögen, die A
offen zu halten, durch Lähmung des Hebers des Augenlid
Stande komme, der während des langen Starrens ununterbr
thätig war.

Ein junger Mann in sitzender Stellung in Braid's Zimmer
daher ersucht, starr die Mündung einer Weinflasche zu fixiren, w
so hoch und so nahe gestellt war, dass es eine beträchtliche An
gung der inneren geraden Augenmuskeln und Augenlidheber erfor
sie stetig anzusehen. Nach drei Minuten senkten sich die L
ein Thränenstrom lief über die Wangen, sein Kopf neigte sich,
Gesicht verzerrte sich etwas, er stöhnte und verfiel sogleich in
tiefen Schlaf, wobei die Athmung sich verlangsamte, vertiefte
pfeifend wurde, während rechts Arm und Hand leichte kramp
Bewegungen machten. Nach 4 Minuten wurde daher der Versuc
gebrochen.

Nach diesen überraschenden Erfolgen sprach Braid seine U
zeugung dahin aus, dass eine Störung des Gleichgewichts der Ce
im Gehirn und Rückenmark und der Herzthätigkeit und Athmun
wie der Muskelthätigkeit vorhanden sei, welche herbeigeführt
durch anhaltendes Starren und absolute Ruhe, vor allem durch
spannnte Aufmersamkeit; die herabgesetzte Athmung gehe mit
Anspannung der Aufmerksamkeit zusammen.

Er erklärte bereits damals — Ende 1841 — bestimmt, dass
vom physischen und psychischen Zustande des Patienten abhängt,
von dem Willen oder dem Streichen des Operateurs, der durchaus

agnetisches Fluidum abgebe oder irgend ein mystisches al-Fluidum oder -Medium in Bewegung setze.

s gibt jedoch so grosse Unterschiede zwischen dem neuen so erufenen hypnotischen Zustande, welcher später passend Brai- s genannt wurde, und den von Mesmer hervorgerufenen altigen Erscheinungen, dass man beide durchaus von einander musste. Namentlich fehlen dem Braidismus eine Anzahl von hen Erscheinungen des Mesmerismus, welche trotz vieler Ver- nter keinen Umständen sich hervorrufen liessen. Dahin ge-

s Erkennen der Zeiger einer Taschenuhr, welche hinter dem ler auf der Magengrube sich befindet;

s Lesen verschlossener Briefe oder Bücher;

s Wahrnehmen von Dingen in meilenweiter Entfernung;

s Erkennen und Heilen von Krankheiten seitens unmedicinischer en;

s Beeinflussen von Patienten in meilenweiter Entfernung, ohne eselben von beabsichtigten Versuchen wissen oder an solche

cht eine von diesen Behauptungen der Mesmeristen hat sich senschaftlichen Kritikern thatsächlich begründen lassen.

r nüchterne Beobachter Braid erklärt, er habe trotz vieler ngen niemals einen Anhalt für ihre Richtigkeit gewinnen können.

aid's Methode. Man nehme einen glänzenden Gegenstand Daumen und Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, halte bis fünfzehn Zoll vor den Augen in einer solchen Höhe, dass stmögliche Anstrengung der Augenmuskeln und Lider erfordert enn der Patient ruhig und anhaltend das Object fixirt. Er muss twährend an das Object denken.

rch die Convergenz der Blicklinien tritt nun zunächst Ver- der Pupillen ein, bald aber eine Erweiterung derselben. etztere einen hohen Grad erreicht hat und die Pupillen- f und ab schwankt, dann wird häufig Lidschluss eintreten, ige- und Mittelfinger der rechteu Hand, ausgestreckt und ein on einander getrennt, vom Object gegen die Augen bewegt Der Lidschluss geschieht dann unwillkürlich und zitternd. fügt hinzu: In einem exquisiten Fall der Art (mein Assistent utzfeldt) erschien nach Ablauf der ersten Minuten ein ganz unkelgrauer Fleck gerade an der Nasenspitze. Dieses Ver- r Hindu (Anstarren der Nasenspitze) habe ich überhaupt wenig gefunden. Dagegen die Fixirung eines kleinen Inductions- mit aurgestreckten Armen im dunkeln Zimmer erwies sich ch wirksamer, als das Anstarren weisser, rother, grüner facet- Stativen befestigter Glasknopfe.

Empfindungen, welche eintreten, wenn man irgend einem Körpertheile anhaltend seine ganze Aufmerksamkeit zuwendet, t mit denen der Hypnose zu verwechseln. Aber die Concen- er Aufmerksamkeit allein ist, und zwar auch bei Blinden, im Hypnose herbeizuführen, worauf Braid mit Recht grosses Ge- gte. Die Aufmerksamkeit muss nur bei geschlossenen Augen

auf irgend einen eingebildeten Gegenstand oder eine Vorstellung
haltend gerichtet sein.

Eine ungewöhnlich lange Dauer der Wiederholung desse
Sinneseindrucks auf irgend ein Sinnesorgan, ausser dem Auge,
nur dann Hypnose hervorrufen, wenn die Patienten schon vorher
notisirt gewesen sind. Andernfalls tritt nur gewöhnlicher Schla
wie nach dem Langeweile verursachenden, bis zu einer Stunde fo
setzten Streichen mancher Magnetiseure. Hypnose entsteht nach we
Minuten, im Dunkeln wie bei Tage oder bei Gaslicht, bei verbund
oder offenen Augen, wenn nur die Augen in unverrückt fester Ste
bleiben, der Körper völlig ruht und die Aufmerksamkeit durch n
Anderes in Anspruch genommen wird.

Ein starker Luftzug gegen das Gesicht aber hebt die Hypnose
haupt auf, gleichwie dies von Mesmer, sei es durch Blasen mittels
Lippen oder mittelst eines Blasebalgs, sei es durch eine Handbewe
oder wie sonst mittelst unbelebter Objecte hervorgebracht wird.
Händeklatschen, ein starker Schlag mit der Hand auf den Arm
das Bein, ein Druck auf die Augenlider oder Reiben derselben
zum Dehypnotisiren, welches immer dann schleunigst vorzunehmen
wenn die Herzthätigkeit tumultuarisch geworden ist. Unwissende d
daher nicht mit hypnotischen Experimenten sich unterhalten.

Ebenso wie man nach dem beschriebenen Verfahren Andere
notisiren und wecken kann, ist es möglich, sich selbst ganz alle
hypnotisiren und auf Verlangen zu dehypnotisiren, z. B. durch
Aufforderung, sich die Augen zu reiben.

So kommt es wohl in Krankheiten vor, dass ohne es zu w
und ohne vom Hypnotismus etwas zu wissen, der Kranke sich h
tisirt, indem er starrt.

Möglicherweise versetzten sich auch manche religiöse Enthusi
wie die Mönche vom Berge Athos und die Säulenheiligen in den h
tischen Zustand. Nachgewiesenermassen ist es der Fall bei den Y
in Indien. Die Resultate, welche Braid mittels des beschriebenen
fahrens erzielte, sind ausserordentliche; zum Theil klingen sie
unwahrscheinlich. So wurden einmal in einer Versammlung von
Menschen in Manchester von 14 männlichen Personen, die ihm sä
lich fremd waren und freiwillig vortraten, 10 hypnotisch. In Roc
wurden 20 an einem Abend hypnotisirt. In London hypnotisirte B
in einer medicinischen Privatgesellschaft am 1. März 1842 vo
Personen innerhalb 10 Minuten 16, die er einen Leuchter anst
liess.

Die interessanten Capitel über die Erscheinungen des Hyp
mus, dastehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen der Muskelthäti
die halbseitige Hypnose, der Phreno-Hypnotismus und das Verf
denselben herbeizuführen die phreno-hypnotischen Experimente
über Braid's theoretische Bemerkungen über den gewöhnlichen H
tismus, den Phreno-Hypnotismus und die Fascination müssen z
weit führend hier übergangen werden. Ebenso seien nur na
gemacht diejenigen über: die hypnotischen Wundercuren, die Schi
der Entdeckungen Braid's, den gegenwärtigen physiologischen Stand

sowie dass den Schluss der Broschüre ein in's Deutsche übertragenes Manuscript James Braid's über den Hypnotismus bildet, welches viele interessante Data enthält.

Kocks.

---

451. **Herzog Carl in Bayern, Casuistische Beiträge zur Kenntniss der feineren Veränderungen bei Rückenmarksaffektionen.** Beobachtungen aus v. Ziemssen's Klinik und v. Bull's pathologischem Institut. (v. Ziemssen's Annalen der städt. allgem. Krankenhäuser zu München 1876—77. p. 419.)

1. Fall. Fraktur des 8. Brustwirbels und Quetschung des Rückenmarks. Vollständige motorische und sensible Lähmung der Unterextremitäten und des Rumpfes bis zum 8. Intercost.-Nerven aufwärts, Lähmung des Detrusor vesicae, Stuhlverhaltung, vom 6. Tage an Decubitus mit Fieber, Cystitis. Tod nach 2 Monaten durch Pyaemie, Embolie in der Lunge und Pleuritis. Ausser den gewöhnlich bei traumatischer Myelitis vorhandenen Symptomen werden noch folgende besonders hervorgehoben und erläutert. Oedem der Füsse, welches nach Leyden vielleicht auf die Unthätigkeit der Muskeln und den veränderten Gefässtonus zu beziehen ist. Bezüglich der Frage über die Entstehung von Cystitis und Pyelitis bei RM-Affektionen, ob durch Stauung und Zersetzung des Harns in der Blase (Leyden, Rosenstein) oder durch trophische Nerveneinflüsse in Folge der Spinalläsionen (Charcot), neigt Verf. mehr zur letzteren Ansicht, da in ganz akuten Fällen die Blasenerkrankung mit Hämaturie beginne. Bei den mangelhaften Kenntnissen über den Einfluss des RM auf die Eiweisssekretion lässt sich schwer entscheiden, ob die in diesem Falle vorhandene Albuminurie direkt von der Myelitis (Erschütterung des Eiweisscentrums im verlängerten Mark durch Contusion) oder von der Nierenerkrankung abhängig zu machen ist. Als weitere trophische Störung wurden noch ausser Decubitus Abschilferungen der Epidermis an den Unterextremitäten, als Reizungserscheinungen im motorischen Gebiet Spasmus, in der sensiblen Sphäre blitzartig durchschiessende Schmerzen in dem gelähmten Körpertheil und als Folge des aufsteigenden Processes neuralgische Schmerzen in beiden Schultergelenken, in den rechten Arm- und Brustmuskeln beobachtet. — Bei der Sektion fand sich eine Querfraktur des 8. Brustwirbelkörpers, Zusammenschnürung des RM, nach oben und unten von der Knickung Eiter zwischen Häuten und Mark. Die mikroskopische Untersuchung ergab: reichlichen Gehalt des Marks an lymphoiden Körpern, Kernvermehrung in der Adventitia feiner Arterien und den Capillaren, Thrombosen und Obliterationen feinster Arterien mit konsekutiver herdweiser Veränderung des Nervengewebes, im ganzen RM bis zum Pons gelbe Flecken, die „als Produkte der traumatischen Einwirkung, d. h. der Quetschung und plötzlichen Cir-

culationsbehinderung, sowie der fast 2-monatlichen reaktiven Vo
aufgefasst werden.

2. Fall. Caries des 4. Brustwirbels. Druckatrophie d
44tjähr. Mann leidet seit 2 Jahren an „rheumatischen“ Schme
Rücken im Gefolge eines Gelenkrheumatismus, bot aber kein
rischen Störungen dar. Vor 3 Monaten traten zuerst brennende Sc
in beiden Füssen auf und allmähliche Abnahme der Empfindu
Gebrauchsfähigkeit der Beine, die sich bis zu vollständiger I
der Unterextremitäten und unteren Bauchmuskeln bei normal
trischer Erregbarkeit zu Parese des Detrusor vesicae, sowie z
pleter Analgesie bis in den 6. Intercostalraum bei mässiger
setzung der Tastschärfe und beträchtlicher Verminderung des
und Temperatursinnes entwickelte. Dabei besteht spontan und au
Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule vom 6.—10. Brustwirbel. I
erfolgt durch ein Pseudo-Erysipel am linken Arm mit remitt
Fieber (Pyaemie). Bei der Sektion fand sich: Caries des 4. Brus
körpers, viel Flüssigkeit im unteren Theil des Arachnoidealsac
RM an einer Stelle eingeschnürt, erweicht und quellend, Erw
der Blutgefässe, besonders an der Lendenanschwellung. Mikros
waren an der verschmälerten Stelle die Vorderhörner von lin
rechts verschoben, verwischt und verkürzt, das linke fast unk
auch die Hinterhörner, besonders linkerseits, stark verschmäl
Blutgefässe erweitert und geschlängelt, die Ganglienzellen nur
verengtesten Stelle in den Vorderhörnern (wiederum vorwiegen
der Zahl nach verringert und theilweise kernlos, die austretenden
bündel glasig glänzend, vielfach marklos, in dem Gewebe des R
reiche Lymphkörper, in der Pia und äusseren Oberfläche des
trächtliche Kernvermehrung. Diese Veränderungen sind, da
von knöchernen Wänden oder von einem Exsudat auszuschlie
durch einen Entzündungsprozess zu erklären, der ausgehend von
caries durch die Blut- und Lymphgefässe auf die RM-häute
RM selbst sich fortgepflanzt hat. (Meningomyelitis in Folge von
caries.) — Aetiologisch wird der Gelenkrheumatismus herbei
der ebenso wie zu purulenten Entzündungen anderer Gelenke
der eines Wirbelgelenkes und dadurch zu cariöser Zerstöru
Knochen führen könnte. — Die komplete Analgesie mit fa
störter Tastempfindung im Anfang wies auf eine (durch Dru
Myelitis bedingte) Hemmung der Leitungsbahnen in der grau
stanz mit relativ geringerer Betheiligung der Hinterstränge h
späteren Verlauf traten zu der Lähmung schmerzhafte Streck
hinzu. Diese dürften auf eine myelitische Erkrankung der Seite
(Charcot) zu beziehen sein, die ja auch sensible Fasern e
Die trophischen Erscheinungen waren auffallend gering: nur
trat beginnende Cystitis, kein Decubitus auf, Appetit und Stuh
regelmässig. In dieser Hinsicht muss man sich mit der Anna
gnügen, dass die trophischen Centren in Bahnen, über die noc
Sicheres bekannt ist, den pathologischen Einflüssen entginge
vorwiegend linksseitige Atrophie des RM-querschnittes war
nicht in die Erscheinung getreten.

3. Fall. Eine 57 jähr. Pat., bei welcher zu Lebzeiten die I

auf Carcinom der Wirbelsäule lautete, und post mortem ein Sarkom der Dura des RM, der Wirbelkörper und der Intervertebral-Ganglien in der Höhe des 6.—7. Brustwirbels mit sekundärer Atrophie des RM und cariöser Zerstörung der betr. Brustwirbel und des Intervertebralknorpels gefunden wurde, hatte folgende Erscheinungen dargeboten: Rapide Abmagerung, seit 4 Monaten vor der Aufnahme zunehmende Schmerzen im Rücken, und später längs der Intercostalräume, daneben grosse Schwäche und Schlaflosigkeit. Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule in der Gegend des 6. Brustwirbels. Weiterhin trat plötzlich vollständige Paraplegie der Unterextremitäten ein mit bedeutend herabgesetzter Sensibilität bis zum 5.—6. Interc.-Raum und bedeutend herabgesetzter Erregbarkeit des Nerven und Muskels für beide Stromarten. Dazu kamen Decubitus, tonische und klonische Zuckungen, und unter zunehmenden Schmerzen und abnehmender elektrischer Erregbarkeit erfolgt der exitus letalis. Die Neubildung ging vom äusseren Blatt der Dura aus, von da einerseits auf die Knochen, andrerseits auf das innere Blatt der Dura, auf den meningealen Ueberzug der hinteren Spinalganglien, auf die Ganglien selbst und endlich auf das Bindegewebe zwischen den Nervenfasern und der Schwann'schen Scheide über. Der atrophische Zustand des RM wird erklärt durch den Druck der Neubildung in den Meningen. — Das sonst bei Kompressions-Myelitis nur selten vermisste Symptom der gesteigerten Reflexerregbarkeit fehlte in diesem Falle, was vielleicht durch „Umschnürung der Spinalganglien und das mikroskopisch beobachtete Einwuchern der Neubildung zwischen deren Ganglienzellen“ und dadurch bedingte Aufhebung der centripetalen Leitung zu erklären ist. Auch fehlten die Sehnenreflexe gänzlich, was in der kompleten Lähmung seine Erklärung findet. Bemerkenswerth war ferner die konstante Temperaturerniedrigung, jedenfalls ein Effekt des allgemeinen schlechten Ernährungszustandes und der konsekutiven Anämie. Für die Abmagerung wird die Ursache in den allgemeinen pathologischen Veränderungen des Organismus, nicht in Erkrankung trophischer Centren des RM, für die starken Schmerzen „in dem Drucke und in der Reizung der wuchernden Neubildung in den hinteren Wurzeln und der Verbreitung derselben um und in die Spinalganglien“ gesucht.

4. Fall. Sarcoma Durae matris spinal. et vertebrar. mit Atrophie des RM bei einer 68jähr. Pat. Aehnlicher Verlauf und Befund wie im vorigen Falle. Die atrophischen Veränderungen waren jedoch an vielen Stellen weniger weit entwickelt. Die Befunde: Verschiebung der grauen Substanz, Veränderung und Verringerung der Ganglienzellen, sowie die Veränderungen der Neuroglia waren auch hier gewiss eine Folge des Druckes der sarkomatösen Neubildung auf das RM. Nach der Anamnese hatte die Neubildung erst 1/2 Jahr vor dem Tode RM-erscheinungen hervorgerufen, welche denen einer Kompressions-Myelitis entsprachen. Der ziemlich rapide Verlauf macht es erklärlich, dass trotz der bedeutenden mikroskopischen Veränderungen, insbesondere der motorischen Ganglienzellen, ausser kompleter Lähmung keine trophischen Störungen an den Unterextremitäten nachgewiesen werden konnten.

Stintzing (München).

452. **Prof. Chvostek** (Wien), **Ein Fall von Abscessbildung i Varoli mit completer Lähmung beider N. faciales und vier Extremitäten.** (Wien. medic. Blätter 1881. Nr. 37, und 40.)

Bei einem wiederholt syphilitisch inficirt gewesenen 29-j Cavallerieofficier trat bald nach einem anstrengenden Ritte un tigem Kopfschmerz, allgemeiner Schwäche und starken anfal sich steigernden Schmerzen in den Gliedmassen, ferner häufig holtem Frösteln eine allmählig zur completen Lähmung sich ste Parese sämmtlicher Extremitäten sowie Lähmung beider n. facia nach kurzer Zeit Abnahme der Hautsensibilität an den unteren mitäten und an beiden Gesichtshälften. Ferner war erschwertes Sp doch weder Zungen- noch Gaumenlähmung vorhanden. Tod Wochen. Die Section des Gehirns ergab je einen erbsengrosse herd im Pons zu beiden Seiten der Medianlinie gelagert, die barten Theile erweicht.

Die Section der übrigen Körpertheile war nicht gestattet.

E. Schütz (P

---

453. **Dr. G. Fischer** in Canstatt und **Dr. Fr. Schweninger,** dozent für Chirurgie in München, **Nervendehnung bei tab salis.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. Nr. 11.)

Die Verf. beschreiben ausführlich und sorgsam nach Prüfungen und Untersuchungen einen Fall von tabes, deren sich 8 Jahre zurückdatiren liess, bei welchem schliesslich n einjähriger hydrotherapeutischer und galvanischer Behandlung ei unbedeutende Besserung erzielt wurde. Als jedoch unter kümm äusseren Verhältnissen der Zustand sich wieder verschlimmerte, man zur Dehnung des linken nerv. ischiadic., da in der linke extremität in letzter Zeit paretische Erscheinungen sich gezeigt Streng nach Lister wurde operirt, der nerv. ischiadicus unterh Gluteafalte blossgelegt und in einer halben 8er-Tour zweimal ander eine halbe Minute lang um den rechten Finger gesch Durch die Operation wurden mehr oder weniger gebessert: de die beginnende Parese, die Ataxie, die lancinirenden Schmerz halbseitigen Schweisse, die taktile und faradokutane Sensibl die Blasenlähmung.

Dagegen blieben die Verlangsamung der Schmerzleitun Fehlen der Patellarreflexe. Die Schlaffheit des Muskeltonus starke beiderseitige Herabsetzung des Temperatursinns unverän

Stintzing und Oebeke (Ende

---

454. Prof. Chvostek, Dehnung der N. ischiadici bei herdweiser Sclerose. (Wiener medic. Blätter. 43 und 44. 1781.)

Verf. theilt die Krankengeschichte eines Falles mit, in dem die Diagnose mit der grössten Wahrscheinlichkeit auf herdweise Sclerose des Centralnervensystems gestellt werden konnte, und bei welchem die Dehnung zuerst des einen, später auch des andern n. ischiadicus ausgeführt wurde; der Erfolg war ein sehr günstiger, indem alle lästigen Symptome — der tonische Krampf in den unteren Extremitäten, die gesteigerten Achillessehnenreflexe, sowie überhaupt die schüttelnden Bewegungen in diesen Exteremitäten — schwanden und selbst die sehr gesteigerten Patellarreflexe schwächer wurden. Diese Besserung blieb bis zu dem 3 Monate nach der Operation erfolgten Austritte des Kranken aus dem Spitale fast vollständig erhalten; doch kam in den letzten Tagen des Spitalsaufenthaltes bei Versuchen, die Beine activ zu strecken, ein leichtes Vibriren der Muskulatur der Oberschenkel wieder zum Vorschein.

E. Schütz (Prag).

---

455. Spatz, Ueber den Einfluss von Krankheiten auf die Grösse des Herzens. (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 30. Bd. I. u. II. Hft.)

Veranlasst durch Buhl, der bereits selbst im Jahre 1878 in einer „Messungen der Herzventrikel und der grossen Gefässe“ betitelten Arbeit das obige Thema in Angriff genommen hatte, beschäftigte sich Verf. auf Grund eines bedeutend grössern Materials mit derselben Frage. Nach einer eingehenden Kritik der Vorarbeiten anderer Forscher (Bizot, Peacock, Engel, Beneke, Du-Castel) bespricht Verf. seine Untersuchungsmethode; zunächst wird am eröffneten Herzen die Grösse der Ventrikel, dann die Weite der Aorta und Pulmonalis, endlich die Dicke des Muskels (mit Ausschluss der Fettauflagerung) gemessen. Diesen Zahlen werden Angaben des Geschlechts, des Alters, der Körperlänge, des Gewichts und Volumens der Leiche beigefügt, Um normale Mittelzahlen als Vergleichsbasis zu erlangen, verfährt Verf. nach Buhls Vorgang so, dass er eine grössere Zahl von Fällen (1071) ohne Rücksicht auf die Krankheit auf die erwähnten Punkte untersucht. Schon hierbei stellt sich ein Widerspruch mit der Angabe anderer Autoren, dass das Herz mit zunehmendem Alter in allen Dimensionen wachse und mit der Behauptung Beneke's, dass die Art. pulmon. im Alter enger sei als die Aorta, heraus. Dieselben Ergebnisse zeigten sich bei einer Zusammenstellung von plötzlich in Folge von Verunglückung, oder an acuten Krankheiten schnell gestorbenen Fällen (99). — Die einzelnen Krankheiten zeigten folgenden Einfluss auf das Herz. Bei Phthisikern (233 m., 94 w.) fand sich eine Verkleinerung besonders des

l. Ventr., die von Buhl gefundene absolute compensatorische
trophie des r. Ventr. fand Sp. wenigstens nicht als Regel; im
spruch steht Verf. mit der Annahme Beneke's, dass die Klein
Herzens bei Phthise eine primäre sei, da sie doch dann in ein
seren Verhältniss zur Atrophie des Körpers stehen müsste.
höherem Grade als bei Phthisikern erschien die Grösse des l.
bei Carcinom-Kranken (29 M., 55 W.) vermindert. Die Aort
noch die Pulmonalis fand sich eher etwas verengt, als er
(Beneke sucht gerade in dem Missverhältniss zwischen ab
Weite der Aorta und Enge der Pulmonalis eine der Dispositio
die Entwickelung der Neubildung.) — Interessant ist das R
das sich für den Granularschwund der Niere ergab (54 F.) V
stätigt völlig das von Buhl constatirte Missverhältniss zwisch
tirtem, hypertrophischem l. Ventrikel und enger Aorta; für die
nach dem Zusammenhang von Nierencirrhose und Herzhypertro
scheint dieser Befund von grosser Bedeutung. Sowohl die Trau
als die Gull-Sutton'sche Theorie würden eine Erweiteru
Aorta erfordern. Verfasser schliesst sich Buhl's Erkläru
der die Herzhypertrophie entstehen lässt als Folge einer
Nierenerkrankung entstehenden Myocarditis, die an und für sic
zur Hypertrophie führend, dies um so mehr thun wird, w
Eintritt des Blutes in die Aorta durch die Enge der letzteren n
schwert wird. — Verf. weist übrigens aus seinen Messunge
dass Myocarditis allein (78 F.) in der That zu ganz beträc
Hypertrophien des Herzens führt. — Es folgen dann noch die
tate aus den vergleichenden Messungen des Herzens und der
und der Entwickelung des Körpers überhaupt. Verf. kommt
demselben Resultat, das Beneke in folgendem Satz ausspric
dürfen mit Sicherheit den Schluss ziehen, dass Herzgrösse und
länge nicht in einer directen Abhängigkeit von einander ste
beide vielmehr besondere Bedingungen des Wachsthums vorhand
müssen.

Lachman (Frankfurt a.

---

456. **Eduard Zillner**, Assistent am Institut für gerichtliche
in Wien. **Nach 4 Monaten aufgefundene Leiche; Nachw
Cyankaliumvergiftung.** (Eulenburg's Vierteljahrschrift für
liche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge. B
Heft 2, pag. 193—200.)

Die Leiche eines dem Alcoholgenusse ergebenen 44-j
Chemikers, welcher sich durch Cyankalium vergiftet hatte, wur
Tage nach seinem Verschwinden, unter der Diele eines Arbeitsz
in einem 1 □m Bodenfläche und 70 cm Höhe haltenden Rau

welchem die Gas- und Wasserleitungsröhren im rechten Winkel zusammenstossen, in gekrümmter Lage gefunden. Sie hatte von Oktober bis Februar bei einer Temperatur von + 8 bis 10° C. in einem Raume gelegen, wo wegen des sehr gut schliessenden Deckels kein Luftwechsel stattfand. Die Leiche war mumificirt, in den serösen Höhlen viel freies Fett ausgetreten, die drüsigen Organe fettig degenerirt, Blutfarbstoff in den Muskeln und der Milz noch erkennbar. Keine Schmarotzerthiere. — In der Leber konnte noch nach so langer Zeit sowohl durch die Berlinerblauprobe als durch die Liebig'sche Rhodanammonium-Reaction die Gegenwart von Blausäure nachgewiesen werden.

Leo.

---

457. **Ueber die Einwirkung der Säuren auf bleihaltige Zinngeräthe.** Superarbitrium der Kgl. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen. (Erster Referent Eulenberg). (Eulenburg's Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Neue Folge. Band 35. Heft 2. pag. 277—304.)

Auf Veranlassung des Herrn Cultusministers hat die wissenschaftliche Deputation ein sehr eingehendes, die sanitären, chemischen und volkswirthschaftlichen Beziehungen berücksichtigendes Gutachten darüber abgegeben, welcher Bleigehalt für die zinnernen Flüssigkeitsmaasse und andere mit Speisen in Berührung kommende Geräthe als zulässig zu erachten, und ob durch polizeiche Massregeln der Vertrieb von zinnernen Geräthen mit höherem Bleigehalte zu verhüten sei?

Das ausführliche Gutachten, dessen Einzelheiten im Originale nachzulesen sind, gipfelt in nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Es erscheint aus sanitätspolizeilichen Gründen geboten, mit polizeilichen Massregeln gegen die Benutzung bleireicher Flüssigkeitsmaasse und Hausgeräthe, die mit Nahrungs- und Genussmitteln in Berührung kommen, einzuschreiten.

2. Eine polizeiliche Controlle ist nur dann mit Erfolg durchzuführen, wenn dieselbe in einer gesetzlichen Normirung des Feingehaltes der genannten Maasse und Geräthe eine Handhabe findet.

3. Der höchste Feingehalt der Zinnbleilegirungen entspricht am meisten den sanitären Anforderungen.

4. Ein Verhältniss von $^5/_6$ Zinn und $^1/_6$ Blei ist das Minimum, welches wir vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus für zulässig erachten, wenn es sich um die Anfertigung von Flüssigkeitsmaassen, Haus- und Wirthschaftsgeräthen handelt, die mit Nahrungs- und Genussmitteln in Berührung kommen, ohne dabei einer hohen Temperatur ausgesetzt zu werden.

5. Zum Verzinnen von kupfernem, resp. messingnem oder eisernem Geräthe und Geschirr, welches zum Kochen und zur Zubereitung der

Speisen und Getränke benutzt wird, sowie zum Verzinnen v
löffeln aus Eisenblech darf nur reines Bancazinn, welches h
2—3 pct fremder Metalle enthält, verwendet werden. Unter
fremden Metallen dürfen nur Spuren von Blei vorkommen.

6. Zu allen Geräthen, welche nur zu technischen Zwecken
ist ein demselben entsprechendes Verhältniss von Blei und Z
lässig.

**Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren I
lung der Referate die Separatabzüge an die Redaction ei
zu wollen.**

Neue Bücher.

Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München.
gegeben von Ziemssen. 2. Bd. 1876 und 1877. München, Ri
Univ.-Buchh. 30 M.

Bar, Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios. Paris, I
et Lecrosnier. 5 fr.

Bourneville & Regnard, Iconographie, Photographique de la Sa
tome III. Hystéro-epilepsie — Zones hystérogènes — Sommei
taques de sommeil — Hypnotisme, Somnambulisme, Magnétism
lepsie, procédés de magnétisation sabbat. Avec 40 photographie
Delahaye et Lecrosnier. 30 fr.

Berlioz, Tableaux Synoptiques de l'action des Médicaments. P
Masson. 2 fr.

Fuchs, Das Sarcom des Uvealtraktus. Mit 6 lithographirten Tafel
Braumüller. 7 M.

Goltz, Ueber die Verrichtungen des Grosshirns. Gesammelte Abhan
Mit 3 Tafeln in Farbendruck. Bonn, Emil Strauss. 8 M. 80 Pf

Laudan, Die Wanderniere der Frauen. Berlin, A. Hirschwald. 2 M

Saloz, Contribution à l'étude clinique et expérimentale du phénomèn
ratoire de Cheyne-Stokes. Genf, Schuchardt. 4 M.

Satterthwaite, A manual of histology. 198 Illustr. London, Samp
& Co. 1 L. 1 sh.

Startin, Lectures on the parasitic diseases of the skin. Illustr.
Lewis. 3 sh. 6 d.

Vaysettes, Etude clinique de l'accouchement prématuré accidentel;
recherches histologiques et cliniques sur l'accouchement prémat
ficiel à Lyon. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr. 50 cts.

Wilmart, De l'action de la pesanteur sur l'utérus gravide et son
chez la femme. Paris, Delahaye et Lecrosnier. 2 fr. 50 cts.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 6. December. Nro. 33.

458. **Roth** (Bamberg), **Ueber die Verbreitung des Abdominaltyphus bei Wasserläufen.** (Aerztl. Intelligenzblatt Nr. 44.)

Im Jahre 1876 und 77 trat in dem Thale eines Baches, von dem 6 Ortschaften durchflossen werden, eine Typhusepidemie auf, die aus einer Einwohnerzahl von 2076 Personen 59 Individuen betraf, also 2,8 Proc. der Bevölkerung; 12 dieser Fälle endeten tödtlich.

Der 1. Fall betraf einen 20-jährigen jungen Mann aus dem am Weitesten bachaufwärts gelegenen Dorfe und von da aus wurden der Reihe nach die bachabwärts gelegenen Dörfer von Hausepidemien befallen; insbesondere beherbergten sämmtliche Mühlen des Thales Typhoidkranke und zwar nur solche, welche in der betreffenden Mühle erkrankt waren. Die Oertlichkeit der einzelnen befallenen Dörfer unterstützt die Annahme, dass der Bach der Träger des Typhuskeimes gewesen ist (über die Art der Infection des 1. Falles liess sich nichts bestimmtes eruiren); die befallenen Häuser sind im Ganzen und Grossen an den Lauf des Baches gruppirt oder liegen doch demselben sehr nahe. In

einem Orte blieb der südliche Theil, der von einem besondere
den benachbarten Höhen entspringenden Bache gespeist wird, vo
krankungen völlig frei.

In einigen Fällen konnte die Möglichkeit von Trinkwasserinf
angenommen werden (eine Quelle war durch Bachwasser verunreinig
den übrigen Fällen musste bei der Frage nach dem Modus, wie
das Wasser Infektionskeime in den menschlichen Körper gebracht w
können, namentlich das Gebrauchswasser herbeigezogen werden.

. Ein Beispiel einer so fortlaufenden Kette von Ortsepidemien
eines Baches fand Verf. nicht wieder in der Literatur.

Seifert (Würzbur

---

459. O. Leube, **Beiträge zur Frage vom Vorkommen der terien im lebenden Organismus, speciell im frisch gelass Harn des Gesunden.** (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. III, H. II

Verf. hat nochmals die Frage über die Bacterienfreiheit des
gelassenen Urins geprüft. Die Methode wurde so gewählt, das
Verunreinigungen des Urins völlig ausschliessend, doch so einfach
gestaltete, dass sie am Krankenbett practisch verwerthbar
(Genaueres s. Orig.)

Alle Versuche (über 20) ergaben ganz gleichmässig immer da
Resultat; der Urin mochte einige Tage oder Wochen im Ap
stehen, er blieb frei von Fäulniss oder Bacterien, so dass zwei
der Schluss gezogen werden kann, dass der normale menschliche
weder Bacterien noch Keime derselben enthält.

Zum Belege dafür, wie wenig die einfache „Constatirung der a
niakalischen spontanen Entleerung des Urins“, ohne dass sie durc
Katheterisirung controlirt ist, für die Spontanzersetzung des Ha
der Blase beweisend ist, führt L. folgenden Fall an: Bei einem
litiker wurde eine sehr bedeutende Zersetzung des Urins cons
da der Kranke nie katheterisirt worden war, lag die Annahme
Spontanzersetzung des Harns sehr nahe. Als nun aber wirklich de
mit dem Katheter abgenommen wurde, zeigte derselbe ein völlig
males Verhalten; es beweist dieser Fall, wie schnell der Ha
ausserhalb der Harnwege in kohlensaures Ammoniak zersetzt w
kann.

Verf. behält sich vor, mit seiner Methode die Durchlässigke
Glomerulusmembran für Pilze und die Folgen derselben zu p
Die voraussichtlich interessanten Resultate sollen in einer s
Arbeit veröffentlicht werden.

Lachmann (Frankfurt a.

460. **De Renzi, Studj di Clinica medica (di Genova) compiuti durante l'anno scolastico 1879—1880.** Studien aus der medicinischen Klinik (von Genua) während des Jahres 1879/80. (Ann. univ. di med. e chir. Heft 10.)

1. Ueber locale Temperaturen in verschiedenen Krankheiten.

In 17 Fällen von Gehirnerkrankungen wurde die Temperatur des Gehirns nach der Methode von Broca gemessen. Die Resultate sind: Bei frischen cerebralen Haemorrhagien ist die Temperatur auf der erkrankten Seite erhöht; sie nimmt allmählig ab und ist schliesslich geringer als die der gesunden Seite. In zwei Fällen von multipeln Syphilomen des Gehirns wurde eine höhere Temperatur auf der stärker afficirten Seite constatirt. Bei den endzündlichen Erkrankungen der Brustorgane fand sich stets die Erhöhung der Temperatur auf der erkrankten Seite. In diagnostischer Beziehung sind die localen Temperaturmessungen von Werth zur Unterscheidung von Peritonitis mit starkem Exsudat und einfachem hydropischem Ascites.

2. Morbus Brightii.

Die Untersuchungen bezogen sich hauptsächlich auf den Ausscheidungsmodus des Eiweisses und die Therapie. Den Einfluss der Veränderung des Druckes und der verschiedenen Beschaffenheit thierischer Membranen auf den Durchtritt von Eiweiss durch dieselben bewies Verf. an einem Apparate, in dem eiweissfreier Harn von eiweisshaltigem durch ein frisch der Leiche entnommenes Stück von Pericardium oder durch ein Stück frischer Amnioshaut getrennt war. So lange der Druckunterschied gering und die trennende Membran frisch war, trat kein Eiweiss durch, wohl aber bei verstärktem Druck auf den eiweisshaltigen Urin und bei längerer Dauer des Versuchs. Bezüglich der Therapie lobt Verf. sehr den Gebrauch des Fuchsins in Verbindung mit einer Milchkur (8 Fälle von Heilung). Er gab ersteres in Pillen zu 0,05, mit 2 pro die anfangend und bis auf 8 steigend. Bei Gebrauch eines reinen Präparates hat er nie unangenehme Folgen von diesem Mittel gesehen. Es ist indess nur da angezeigt, wo es noch von den Nieren abgesondert wird und den Urin roth färbt; ist dies nicht der Fall, so handelt es sich um unheilbare Affectionen und ein fortgesetzter Gebrauch des Fuchsins ist nutzlos.

3. Die rothen Blutkörperchen und das Haemoglobin im Blute verschiedener Kranken.

Aus einer grossen Zahl von Beobachtungen ergab sich:

1. Eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen nach methodischer Einathmung comprimirter Luft, zum Beweis, dass letzteres Heilverfahren nicht nur mechanisch wirkt, sondern auch chemisch die Ernährungsvorgänge beeinflusst.

2. Eine bedeutende Vermehrung der sogen. Haematoblasten nach mehrfach täglich wiederholten Klystiren von Lammblut.

3. Die Inconstanz des Verhältnisses zwischen der Quantität des

Haemaglobins und der Menge der rothen Blutkörperchen; beide
unabhängig von einander zu- und abnehmen.

4. Die entzündlichen Processe der verschiedensten Natur e
constant eine bedeutende Verminderung der rothen Körperchen,
dass sie die Anbildung hindern, oder den Consum vermehren. In
Falle wurde Vermehrung der rothen Blutkörperchen über die
logische Zahl beobachtet.

4. Ein Fall von Tabes dorsalis spasmodica.

Ein in nervöser Beziehung erblich belasteter Mann von 2
krankte plötzlich an heftigen Krämpfen in der linken Wade n
übergehender Bewusstlosigkeit. Die Anfälle wiederholen sich in
kürzeren Pausen, und ergreifen auch die rechte Wade. Status p
bei der Aufnahme in die Klinik: Intelligenz und Gedächtniss
Gesichts-, Geruch- und Gehörsinn etwas geschwächt, Geschm
normal. Die tactile Sensibilität an den unteren Extremitäten
ringem Grade, die thermische erheblich vermehrt, so dass
Kälteeindrücke starke Reflexbewegungen auslösen. Ebenso ist
pfindlichkeit gegen Schmerzen etwas vermehrt, während die ele
normal ist. Die Sehnenreflexe sind an den unteren Extremität
verstärkt und fehlen an den oberen. Die Krämpfe charakterisir
wenn der Kranke steht, durch heftige Flexionen der Unter- un
schenkel; während des Anfalls contrahiren sich fast sämmtliche
des Rumpfes; der Gesichtsausdruck des Kranken verräth Schm
Angst. Beim Gehen, das ohne Stütze nicht möglich ist, hebt
ersten Schritt den Fuss ungewöhnlich hoch von der Erde un
mit der äussersten Spitze des Fusses auf; bei den folgenden S
tritt dies noch stärker hervor, so dass er schliesslich, die B
stärkster Flexion im Knie- und Hüftegelenk tragend, sich fort
Die Krämpfe lassen nach, wenn der Kranke die Füsse auf ein
setzt, und werden häufiger, wenn er mit nackten Füssen auf de
boden tritt. Therapeutisch wurde Bromkali (bis 6,0 pro die),
cität (constanter Strom an der Wirbelsäule und den Beinen, elec
Fussbad), Canabis indica (0,02 pro die), Sol. Fowleri (von 2
täglich bis 22 steigend), warme Bäder und Calabarbohnen in
form angewandt. Von guter Wirkung waren die electrische
bäder, welche vollständiges Verschwinden der Anfälle rechterse
beiführten und links ihre Häufigkeit und Heftigkeit sehr herab
Verf. glaubt, dass der Erkrankungsherd nicht im Rückenmark,
im Gehirn zu suchen sei, zieht daher den von Silvestrici ge
Namen: functionelle Ataxie der von Charcot herrührenden Beze
tabes dors. spasmodica vor. Nach seiner Ansicht spricht für de
bralen Sitz des Leidens der Beginn desselben, der ausgesproch
vöse Charakter und die grosse moralische Impressionabilität des K
sowie der Umstand, dass die Krämpfe auf der einen Seite nach
auf der andern fortbestanden.

5. Die Electricität bei der Behandlung verschiedener Kran

Verf. untersuchte die Einwirkung des constanten Strom
Temperatur, Puls und Respiration. Er fand sowohl bei Galvan

des ganzen Rückenmarks, wie des Halstheils desselben und des Sympathicus bei auf- und absteigender Stromesrichtung eine geringe Erhöhung der Temperatur und eine Vermehrung der Pulse und Athemzüge. Er glaubt nicht, dass hierbei eine directe Reizung des Marks resp. des Sympathicus stattfindet, da er keine darauf bezügliche Erscheinungen beobachtete; z. B. trat bei der Galvanisirung des Sympathicus (der eine Pol im Nacken, der andere am Unterkieferwinkel aufgesetzt) niemals Dilatation der Pupille und Verengerung der Gefässe am Kopfe ein, während diese Erscheinungen bei der directen Reizung des blossgelegten Sympathicus beim Thiere constant beobachtet werden. Er sucht die Erklärung für die Veränderungen der Temperatur etc. in der Reizung der Hautnerven. Es existirt also scheinbar ein Widerspruch zwischen dem physiologischen Experiment und der klinischen Thatsache der Wirksamkeit des constanten Stromes bei Leiden der nervösen Centren. Zur Lösung desselben führt er an,. dass sich die im peripheren Nerven durch den electrischen Strom hervorgerufene negative Schwankung bis zum Centrum fortpflanzt, und dass dieser Reiz zwar keine sichtbaren physiologischen Effecte erzeugt, aber trotzdem auf Gehirn und Rückenmark nicht ohne Einfluss bleibt und wohl im Stande ist, Theile desselben, welche an Erregbarkeit und Energie eingebüsst haben, zu beleben und zu stärken. Verf. hat in 55 Fällen von nervösen Affectionen der verschiedensten Art die Electricität, speciell den constanten Strom als hauptsächliches oder ausschliessliches Heilmittel angewandt, und nur in 9 Fällen keinen Erfolg davon gesehen. Günstige Wirkungen hatte er zu verzeichnen bei Chorea (s. d. Ref. in Nr. 30 dieses Centralblatts), in einem Falle von Tabes dorsalis spasmodica (s. o.), bei cerebralen Paralysen und bei den nach Apoplexie zurückbleibenden Lähmungen. Bei Letzteren räth er zur möglichst frühzeitigen Anwendung des electrischen Stromes (entgegen den Ansichten von Duchenne, Rosenthal u. A.); je früher dieselbe geschehe, um so besser seien die Resultate. Für contraindicirt hält er die Electricität nur dann, wenn Kopfschmerz, Fieber, Contracturen etc. das Fortbestehen eines Entzündungsprocesses um den apoplectischen Herd anzeigen. Auch bei der Hysterie waren die Resultate günstig, besonders zur Bekämpfung der verschiedenen Hyperästhesien (der negative Pol auf den oberen Theil des Rückenmarks, der positive auf die hyperästhetischen Stellen). Bemerkenswerth sind endlich die bei Intermittens mit dem electrischen Strom erzielten Resultate. Verf. hatte denselben wegen nervöser Störungen bei einem an Intermittens quartana Leidenden angestellt, und zu seiner Ueberraschung blieben die Anfälle, gegen welche vergebens hohe Dosen von Chinin angewandt waren, aus. Diese Beobachtung führte zu weiteren Versuchen. Von 9 an Intermittens mit verschiedenem Typus Leidenden wurden 5 ganz geheilt, 1 erheblich, 1 leicht gebessert, bei 2 hatte die Anwendung von Electricität keinen Erfolg. Die Wirkung war in den geheilten Fällen eine so prompte, wie sie Vf. selten bei den Chininpräparaten sah. Oeftere, in einigen Fällen stündlich vorgenommene thermometrische Messungen und Beobachtung von 1—2 Anfällen vor Anwendung der Electricität liessen keinen Zweifel an der Diagnose zu. In 4 Fällen wurde der constante aufsteigende Strom längs des Rückgrats 5—15 Minuten lang gebraucht

(2 Heilungen, 2 Besserungen). Der inducirte Strom in mässiger
$^1/_2$ Stunde lang angewandt (der Kranke hielt die Electroden
Händen) brachte 3 vollständige Heilungen zu Wege. Zur Lösu
verschiedenen sich aufdrängenden Fragen: in welcher Weise di
kung des electrischen Stromes zu erklären; ob der constante od
inducirte Strom vorzuziehen ist etc., hält Verf. die Zahl der bis
Beobachtungen für zu gering.

Brockhaus (Godesb

---

461. **Dr. Petrina, Ueber Sensibilitätsstörungen bei Hirn läsionen. Ein klinischer Beitrag zur Kenntniss der Funk der Grosshirnrinde.** (Zeitschrift für Heilkunde. Bd. II. 1

Verfasser hält nachfolgende Beobachtungen für geeignet,
Tripier zuerst aufgestellte Behauptung, dass die Gegend um
landische Furche herum der Sensibilitätsleitung diene, zu bestäti

Fall I. Insuf. v. Aortae bei einem 30-jähr. Tischler; 6
vor Spitalseintritt plötzlich unter halbseitigen Convulsionen entst
Lähmung des Mittelastes des rechten Facialis, Aphasie und Wo
heit; Anästhesie der rechten oberen Extremität, der
seitigen Gesichtshälfte und Backengegend für Schmerz und Temp
differenzen. Section: Oberflächlicher dünner älterer Blutherd (2
die Inselwindungen den unteren Theil der vorderen Centralwin
und den vordersten und obersten Theil des Gyrus temporalis s
bedeckend, die Markmasse intact.

Fall II. Hemiplegie und Hemianästhesie der linken Körpe
— erbsengrosser, keilförmiger nekrotischer Herd im unteren D
des rechtsseitigen sulcus Rolandi; oberflächliche Erweichung d
nachbarten Theils beider Centralwindungen.

Fall III. Motorische Aphasie, Lähmung des Mittelastes des
Facialis. Anästhesie für Schmerz und Temperaturdifferenzen
rechten Gesichts- und Rumpfhälfte; — umschriebene oberflä
Erweichung der pars opercularis der 3. linken Frontalwindung.

Fall IV. Rechtsseitige Hemiplegie und Hemianästhesie, A
und Worttaubheit; Besserung der Lähmung und Aphasie bei
stehen der Anästhesie, Auftreten von Ataxie an der früher gel
oberen Extremität; — Kleiner Erweichungsherd in der Rin
unteren Drittels der linken vorderen Centralwindung, der 3
Inselwindungen und der vorderen oberen Partie des Gyrus tem
superior.

Fall V. Linksseitige Hemiplegie und — Anästhesie; linsen
Tuberkel im rechten oberen Parietalläppchen.

Fall VI. Rechtsseitige Facialis und Extremitätenlähmung.
sthesie der rechten Rumpfhälfte, Hyperästhesie der rechten ober

tremität. — Hanfkorngrosser Tuberkel in der Rinde der Broca'schen Windung.

Als Beweis, „dass die Sensibilitätsleitung nur auf gewisse bestimmte Windungen der Grosshirnrinde beschränkt sein dürfte", führt P. folgenden Fall an.

Perforirende Tuberculose des rechten Stirnbeins mit Bloslegung der 2. und 3. Stirnwindung und oberflächlicher Erweichung der Rinde desselben; — keine Körperlähmung, keine Sensibilitätslähmung.

Ebenso fehlten in einem vom Verf. beobachteten Fall von Läsion der Rinde des Hinterhautlappens jegliche cutane Sensibilitätsstörungen.

Hieraus schliesst Verf., dass der vorderste Rindentheil des Stirn- und die Oberfläche des ganzen Hinterhauptlappens jedenfalls nicht der Sitz der sensiblen Leitung sein könne; dagegen geht aus P.'s Beobachtungen, übereinstimmend mit denen Tripiers, hervor, dass die Partien der Hirnrinde, welche bis jetzt als motorische Rindencentren gelten, sowie „ein etwa die Fronto-Parietalregion umfassender Abschnitt" der gleichzeitig auch der sensiblen Leitung dienend anzusehen sei.

Ganz entsprechend den experimentell von Munk gewonnenen Thatsachen, ergaben die Läsionen nur dann eine deutliche und bleibende motorische Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte, wenn dieselben tiefgreifend auch die darunter liegende Markstrahlung schädigten; beschränkte sich die Läsion dagegen nur auf die Rinde, so war wohl die Motilität durch eine auftretende Störung des Muskelsinnes, der Coordination beeinträchtigt, die betroffene Extremität unbeholfen, leicht müde, oft atactisch, doch nie complet gelähmt, dafür aber die Sensibilität in der Regel auffallend gestört. Auch der Umstand, dass in den einzelnen Fällen selten alle, meist nur gewisse Gefühlsqualitäten beeinträchtigt waren, spricht auch des Verf. Ansicht für eine gesonderte Leitung der einzelnen Gefühlsqualitäten, denen bestimmte kleine Zonen in der genauen Rinde entsprechen würden.

E. Schütz (Prag).

---

462. Dr. Alexis Kyrieris, Ueber Atrophia musculorum lipomatosa.

(Annal. des städt. allg. Krankenh. zu München. 1881. S. 583.)

Die von Duchenne zuerst als Paralysie cérébrate congénitale hypertroyhique beschriebene, von anderen Autoren als Atrophia musculorum lipomatosa (Seidel) oder Lipomatosis musculorum luxurians progress. (Heller) oder Muskelpseudohypertrophie (Eulenburg und Cohnheim, Griesinger) bezeichnete Krankheit charakterisirt sich klinisch durch auffallende Volumszunahme gewisser quergestreifter Muskeln mit bedeutender Erhärtung bei der Kontraktion und progressiver Abnahme ihrer Leistungsfähigkeit, mit vorwiegendem Beginn an den Unterextremitäten und allmählichem Fortschreiten auf den grössten

Theil des gesammten willkürlichen Muskelsystems. Verf. beschrei einen solchen Fall, der auf von Ziemssen's Klinik beobachtet wurd Er betrifft einen Knaben von 11 Jahren. Die ersten Anfänge der E krankung datiren nur auf 4 Jahre zurück und bestanden in Abnahn der Kräfte und Gebrauchsfähigkeit erst in den Beinen, die sich bei Stehen und Gehen gespreizt stellten, später in den Armen. Seit [1] Jahr das Stehen unmöglich, in den letzten Monaten Volumszunahn der Waden ohne Schmerzen. Bei der Aufnahme fiel eine leichte blas rothe Marmorirung der Haut beim Entblössen auf, vor Allem ab eine athletische Verdickung einiger Muskeln und wiederum gänzlic Atrophie anderer, bei sämmtlichen aber herabgesetzte Leistungsfähigke Beine komplet gelähmt, Kontraktur der Wadenmuskeln, Pes-equinu Stellung. Muskulatur der Unterschenkel von ungewöhnlichem Volu weniger die der Oberschenkel. Bauchmuskeln, Quadratus lumbor. u Opisthotenar verdickt, Rückenmuskulatur sonst etwas atrophirt. Aequ librirung des Rumpfes nur in sitzender Stellung möglich, und selb in dieser genügt der leiseste Anstoss zum Umwerfen. Pectorales fa ganz verschwunden, Schultermuskeln abnorm voluminös, Muskeln d Vorderarms ziemlich normal. Wirbelsäule in der Lendengegend etw lordotisch, leichte Skoliose zwischen den Schulterblättern. Funktion der Oberextremitäten sehr beeinträchtigt. Schulter-, Ellbogen- und Kni gelenke sehr schlaff. Muskeln und Motilität der Hand ziemlich g erhalten, Händedruck jedoch kraftlos. Bei der elektrischen Prüfu ergab sich im Allgemeinen herabgesetzte Erregbarkeit der Muskel für den faradischen Strom bei einzelnen Muskeln fast aufgehoben, vo Nerven aus die elektr. Erregbarkeit weniger herabgesetzt. Manc Muskelbündel (besonders im Gastrocnemius) reagirten relativ gut, wä rend einzelne Bündel desselben Muskels bei stärksten Strömen si gar nicht kontrahirten. Sensibilität intakt.

Während Duchenne die interstitielle Bindegewebshypertroph als alleinige Ursache der Volumszunahme auffasst, fand K., überei stimmend mit den Angaben von Griesinger-Billroth, nach sein mikroskopischen Untersuchungen an excidirten Muskelstücken: Intakt aber auseinandergedrängte Muskelfasern, und Hyperplasie des Bind gewebes mit massenhafter interstitieller Fetteinlagerung.

Die Aetiologie des Falles war ganz dunkel.

Entgegen der Meinung Duchenne's, der die Erkrankung in Gehirn, und anderer Autoren, welche dieselbe in's RM verlegen, i nach den negativen anatomischen Befunden bei wirklich reinen Fälle eine Affektion der Nervencentren, sowie der peripheren Nerven nicht a zunehmen, vielmehr der Ausgangspunkt im Muskel selbst zu suche

Verf. reiht hieran noch einen weiteren, von v. Ziemssen auf d Erlanger Klinik beobachteten Fall, welcher sich den seltenen Beobac tungen von interstitieller Myositis unter dem Bilde der Pseudohype trophie bei Erwachsenen anschliesst. In einem Falle war die trophisc Störung, die zu einem athletischen Umfange einzelner Muskeln führt erst im 12. Lebensjahre entstanden und hatte sich an dem (20jähr Individuum vorzüglich an der l. Körperhälfte entwickelt. Ein a dem l. Gastrocnemius excidirtes Muskelstück zeigte beträchtliche Hype

plasie des interstitiellen Bindegewebes ohne Einlagerung von Fettzellen. „Ob diese mehr lokalisirte Form anders aufzufassen ist, als die sich generalisirende Form der Pseudohypertrophie der Muskeln, muss vorerst dahin gestellt bleiben.

Stintzing (München).

---

463. **L. Brieger, Zur Casuistik der Perichondritis laryngea.** (Zeitschrift f. kl. Med. II. 1. S. 217.)

B. theilt einen Fall von Perichondritis laryngea bei einem 17-j. Tischlerlehrling mit, welcher ohne dass es zur Tracheotomie gekommen war, einen günstigen Verlauf nahm. Durch einen Fall mit dem Vorderhals auf eine Radspeiche hatte Pat. sich eine Längsfractur der L. Schildknorpelplatte zugezogen, welche jedoch erst nach Verschwinden einer die vorderen und linken seitlichen Partien des Halses einnehmenden brettharten Infiltration diagnosticirt werden konnte.

Durch Incision einer über der L. Schildknorpelplatte prominirenden fluctuirenden Geschwulst, aus welcher eine ziemliche Menge eines etwas übelriechenden Eiters entleert wurde, konnte die vorwiegend inspiratorische Dyspnoe des Kranken gelindert werden, ebenso wurden durch wiederholte Scarificationen, praller ödematöser, von der Basis der Epiglottis ausgehenden, den Laryngseingang fast überdeckender und stenosirender Wülste, häufig bedrohliche suffocatorische Zufälle beseitigt, wobei sich anfangs eitrig stinkende Massen, später seröse Flüssigkeit entleerte. Diese Wülste, welche gleichfalls von perichondritischen Processen an der Innenfläche des Kehlkopfs ausgingen, standen wohl mit dem perichondritischen Abscess an der Aussenfläche der Schildknorpelplatte in offener Communication. Die wiederholte paroxysmenweise Entleerung eitriger Wasser aus dem Munde machten es wahrscheinlich, dass in der Tiefe ein Eiterherd bestand, dessen Inhalt sich nach Innen und Aussen entleeren konnte, wodurch die übelriechende Beschaffenheit des aus dem Abscess entleerten Eiters erklärt werden konnte.

Während der Reconvalescenz eines intercurrent hinzugetretenen Typhus, welcher ohne Complicationen verlief, und von dem Pat. sich rasch erholte, ging die Infiltration am Hals schnell zurück und war auch der R. seitige Wulst an der Basis der Epiglottis bis auf ein Minimum verschwunden. Auch die übrigen subjectiven Beschwerden waren beseitigt, nur die Sprache war bei der Entlassung noch rauh und klanglos, soll jedoch später ihren früheren Klang wieder erhalten haben.

Die Dislocation der an einander verschieblichen Fracturenden und die dadurch bedingte Deviation der L. Seite des Kehlkopfs konnte nicht ausgeglichen werden.

Hindenlang (Freiburg).

---

464. **Dr. Josef Sprengler, Zur Behandlung der Pleu mit Punktion und Aspiration.** Nach Beobachtungen a med. Klinik. (Annal. der städt. allgem. Krankenh. zu 1881. S. 626.)

Die Arbeit enthält eine genaue Beschreibung des auf sen's Klinik üblichen Verfahrens bei Punktion und Aspi Pleuraexsudaten. Verf. führt mit Krankengeschichten 18 Fä genannten Klinik auf, in welchen 37 Punktionen zur Ausführu 3mal zum Zweck der Beschleunigung der Resorption, 11 Stabilität des Exsudates, 4mal aus Vitalindikation. Absolu (vollständige Resorption und Wiederausdehnung der Lunge) zielt bei 7, relativer Erfolg bei 8, kurzdauernde Erleichter Patienten. Von 7 serösen Exsudaten kamen 4 schon mitt einmaliger Punktion zur Resorption, in 1 Falle, in welchem mortem Miliartuberkulose fand, war die Punktion erfolglos haemorrhagischen Exsudaten erfolgte nur bei 3 nach der P sorption, aber zögernd. Die Wirkung der Operation ist hier palliativ. Sie ist aber bei haemorrhag. Exsudat indicirt grossen, wenngleich vorübergehenden Erleichterung und günstigen Erfolges, der bei einzelnen schwach haemorrhagis daten (wie bei den 3 angeführten) nicht ausgeschlossen werden k ein sero-purulentes und ein rein eitriges Exsudat wurden m gehendem Erfolg der Punktion unterworfen. — Allen Fäll war der reaktionslose Verlauf und ein gewisser Grad von Als mehr weniger konstante Folgen wurden beobachtet: H Pulses, Abnahme der Athemfrequenz, Zunahme der Diurese n Tagen, Temperaturabnahme. Das Exsudat bleibt durchschnit Tage auf gleicher Höhe, steigt manchmal erst ein wenig an ziemlich regelmässig mehr weniger rasch zu fallen. Die Ze Resorption hängt von dem Ernährungszustand des Indivi Diuretica, sowie Kastendampfbäder, die oft vor der Punktio sam waren, beschleunigten die Resorption nach derselben. D ausdehnung der Lunge hängt vom Charakter der Erkranku

Zum Schluss bespricht Verf. die Angaben der neuer über die Operationstechnik und die Auswahl des Instrum Nach den Erfahrungen auf v. Ziemssen's Klinik wird d von Potain als äusserst verlässig, insbesondere für eine dur Desinfektion und luftdichten Abschluss, empfohlen. Von d lichkeit, den inneren Widerstand mittelst dieses Apparates sen, wurde kein nachtheiliger Einfluss bemerkt. Die stum ist überdies ungefährlicher als die zugeschärfte Hohlnadel. v. hält eine vollständige Entleerung nicht für nöthig, vielmehr ration von 1000—1500 ccm für genügend. Was die eitrige anlangt, schliesst sich Verf. der Ansicht Oeri's an, dass Aspiration Erfolge erzielt werden, die man mit den durch erreichten vergleichen dürfe. Als geeigneter Zeitpunkt für tion wird bei mangelnder Resorption das Ende der 3. oder der 4. Woche empfohlen. Stintzing (M

465. **Prof. Dr. Chvostek, Ueber syphilitsiche Hepatitis, Lebersyphilis.** (Vierteljahrschr. für Derm. und Syphilis 1881, 2 und 3. S. 325.)

Unter den inneren Organen wird die Leber nach dem Gehirn am häufigsten von der Syphilis befallen. C. hat 80 Fälle von Hirn- und 19 von Lebersyphilis beobachtet. Bei der hereditären Syphilis kömmt die Erkrankung der Leber häufiger vor, als bei der acquirirten, bei letzterer gewöhnlich als Tertiäraffection, selten in Verbindung mit secundären Symptomen. Die beobachteten 19 Individuen mit Lebersyphilis waren im Alter von 21—70 Jahren. Die Syphilis äussert sich in der Leber als amyloide Degeneration, als Periphepatitis oder in Form der syphilitischen Hepatitis. Letztere tritt diffus oder circumscript (Gumma, Syphilom) auf: erstere Form findet sich am häufigsten bei mit heriditärer S. behafteten todtgeborenen oder kurze Zeit nach der Geburt verstorbenen Kindern, selten bei Erwachsenen und führt bei längerem Bestande zu einer mehr gleichmässigen Induration mit geringer oberflächlicher Granulirung oder zu einer der gewöhnlichen Lebercirrhose ähnlichen Induration. Die circumscripte Form tritt als Hirsekorn bis wallnussgrosse Knoten gewöhnlich in geringer, selten in grösserer Zahl in der sonst normalen, fettig oder amyloid degenerirten Leber auf; am häufigsten fanden sich diese Knoten an der Oberfläche und in der Umgebung der Leberbänder, bes. des ligam. suspens. Die frischen Syphilome sind auf dem Durchschnitte grauröthlich, grau oder weiss, haben ein markiges Aussehen und eine ziemlich derbe Consistenz; sie ragen nicht selten über die Leberoberfläche hervor, ihr Peritonealüberzug ist entzündet. Wenn sie älter sind, findet man ihr Centrum in gelbliche, grauweisse, zähe und trockene, rundliche oder unregelmässig zackig begrenzte, bisweilen auch verästelte oder netzförmige Massen umgewandelt. In einzelnen Fällen wurde im Centrum Verkalkung, auch einige Male völlige Erweichung beobachtet. Die Leber zeigt häufig neben den Gummata, die mehr oder weniger weit in der Rückbildung vorgeschritten sind, tiefe narbige Einziehungen mit Verdickungen der Leberkapseln, welche zur Bildung der gelappten Leber oder auch zur Abschnürung von Leberparthien führen; dabei kann die Leber bis zur Faustgrösse schrumpfen. In seltenen Fällen findet sich eine partielle acute, gelbe Leberatrophie. Bei Neugeborenen kömmt eine miliare syphilitische Neubildung in Verbindung mit frischer Entzündung des Peritonealüberzuges vor; bei congenitaler Syphilis geht bisweilen die Syphilombildung von dem Bindegewebe, welches die grossen Portaläste und den Pfortaderstamm umgeben, aus, wodurch eine Compression der Pfortader und der Gallengänge entstehen kann.

Die Lebersyphilis wird häufig nur bei der Obduction gefunden, weil sie entweder gar keine, oder nur unbedeutende Symptome während des Lebens erzeugt hatte. Bei der congenitalen Form ist die Leber vergrössert, hart, mit glatter Oberfläche; bei der acquirirten häufig auch vergrössert, aber an der Oberfläche höckerig anzufühlen; der Rand derselben ist stumpf, mit Höckern und Furchen versehen; auch wenn die Leber verkleinert ist, fühlt man die Lappung derselben unter dem Rippenbogen und zuweilen auch knollige Tumoren. Die Leber-

syphilis verursacht Schmerzen, welche bald örtlich beschränk
bald sich über das ganze Organ verbreiten, zumeist nur dum
drückend, zuweilen auch sehr intensiv, aber nicht gegen die S
oder andere Theile des Körpers ausstrahlend. Die heftigsten Sch
finden sich bei Perihepatitis. Durch die Compression der Pf
und ihrer Zweige kömmt es zum Ascites, bisweilen zur Milzschw
zu Magen- und Darmblutung, sowie zur Bildung eines Collater
laufes. Bei den 19 Fällen von C. fehlte der Ascites 7mal, z
war er unabhängig von der Lebererkrankung (Morbus Brigh
Stauung des Blutes im Hohlvenensysteme), 3 mal war er beding
Theil durch Compression der Pfortaderäste, zum Theil war er
erscheinung eines allgemeinen Hydrops (Morbus Brightii und H
mia), 4mal durch Compression der Pfortaderäste in der Leb
3mal ausserdem durch eine solche des Stammes der Pfortad
ihrer Hauptäste in der porta hepatis. In 5 Fällen wurde die P
tese des Abdomens ein oder mehrere Male erforderlich.

Die Milzschwellung fehlte 5mal, 5mal war sie nur dur
Syphilis an und für sich bedingt, 5mal durch Syphilis und
Stauung des Blutes der Pfortader in Folge der Lebererkrankung,
durch letztere Stauung allein, einmal durch Stauung in Folg
Pneumonie und Pericarditis. In einem Falle war die Milz von
reichen Syphilomen durchsetzt. Der Collateralblutlauf war unt
19 Fällen nur einmal gut entwickelt, sonst nur 3mal etwas
deutet. Icterus findet sich bei der Lebersyphilis nur sehr selt
fehlte in den 19 Fällen 10mal gänzlich, nur 2mal war er zi
stark, sonst nur spurweise. Die meisten Kranken haben b
Lebersyphilis eine erdfahle Hautfarbe, sonst ist auch Bro
bung der Haut oder ein blassbräunliches Colorit beobachtet w

Störungen der Magen- und Darmfunktion stellen sich häuf
nicht selten gesellen sich dazu parenchymatöse oder amyloide
neration der Nieren. Der Verlauf der Lebersyphilis ist sehr chr
oft über viele Jahre hinaus, nur bei der hereditären Form füh
selbe bald zum Tode. Bei den 19 Fällen von C. war die Dau
Lebererkrankung unbekannt 9mal, sonst betrug dieselbe $4^1/_2$
bis $1^1/_2$ Jahre. Zweimal trat Genesung ein, 1mal Besserung,
der Tod.

Die Therapie ist dieselbe wie bei der tertiären Syphilis,
Jodpräparate, dann erst später Quecksilber, sonst symptomatisc
handlung. In einem Falle von C. führte nach 11maliger in
Pausen vorgenommener Punction des Abdomens, ebenso in eine
dern Falle nach zweimaliger Punction im Intervalle von 16 Tag
antisyphilitische Behandlung Heilung hervor.

Von den 19 Fällen hat C. 4 bereits früher publicirt, d
obachtungen berichtet er ganz kurz, die 12 andern theilt er a
lich mit.

Doutrele

466. **P. Fürbringer, Untersuchungen über die Herkunft und klinische Bedeutung der sog. Spermakrystalle nebst Bemerkungen über die Componenten des menschlichen Samen und die Prostatorrhoë.** (Zeitschrift für klin. Med. Bd. III, H. 2.)

Verf. stellt sich zunächst die Frage: Welcher Bestandtheil des menschlichen Samenplasmas liefert die Spermakrystalle? Die mikroskopische Untersuchung des Samenblaseninhalts von 13 Männern, die im Alter von 20—65 Jahren zu Grunde gegangen waren, ergab nur in einem Falle einen positiven Befund; ganz anders gestaltete sich das Resultat, als F. den Saft der Vorsteherdrüse bei 43 Leichen untersuchte; zugleich mit dem Prostatasecret suchte Verfasser den Gehalt des Samenblaseninhalts an Spermatozoë und Böttcherschen Krystallen zu bestimmen; an 16 andern Leichen wurden nur die letztgenannten Untersuchungen vorgenommen. Das Resultat war in den wichtigsten Punkten folgendes: In 90% krystallisirten aus dem Prostatasaft die Spermakrystalle meist in bedeutender Zahl aus; in 15% aus dem Samenblaseninhalt, aber hier nur in ganz geringer Menge; wurden sie überhaupt hier constatirt, dann waren sie im Prostatasecret besonders zahlreich. — Der Gehalt der Krystalle im Prostatasaft war völlig von der Zahl der in ihm befindlichen befruchtenden Elemente unabhängig. F. konnte ferner constatiren, dass sowohl aus den geschichteten Prostata-Amyloiden, aus ausgedrücktem Prostataparenchym und dem Hodenparenchym sich bei bestimmten Behandlungsweisen Krystalle erzeugen liessen, dagegen nicht aus dem eigentlichen Hodensecret. — Durch einen zufälligen Befund wurde Verfasser dazu geführt, sich bei diesen Ergebnissen nicht zu beruhigen, vielmehr nun auch die bezüglichen Untersuchungen am lebenden Organismus vorzunehmen. In einem Tropfen zufällig erhaltenen Prostatasafts eines Lebenden nämlich konnte F. nicht einen einzigen Spermakrystall constatiren. Da durch Schreiner nachgewiesen war, dass schon ganz geringe Mengen freier Säuren oder Alkalien die Ausscheidung der Charcot'schen Krystalle unmöglich machen, versuchte F., ob durch Neutralisation das Auskrystallisiren gelang, es war vergeblich. Etwas erfolgreicher war das Resultat, wenn man 1 Tropfen 1% Phosphorsäurelösung zufliessen liess (nach den Schreiner'schen Arbeiten lag die Annahme eines Phosphorsäuremangels nahe); ganz anders war das Ergebniss, als F. auf Schreiners Rath das Ammoniakphosphat benutzte; das noch flüssige Secret war in einen Brei der prachtvollsten Krystalle verwandelt. Um die jetzt natürlich entstehenden Zweifel, ob nicht in der Leiche neben dem Prostatasaft auch ein anderer Spermabestandtheil jene Basis in reichlicher Menge enthielte und nur aus Mangel an der nöthigen Phosphorsäure die Bildung der Krystalle unterbliebe, setzte F. auch dem Hodensecret und dem Samenblaseninhalt das Salz hinzu, die Bildung der Krystalle unterblieb. F. stellt daher den Satz auf: Zur Bildung der im ejaculirten Sperma beobachteten Böttcher'schen Krystalle liefert das Secret der Prostata den (ganzen oder doch fast ausschliesslichen) Basis-Antheil, während die dazu gehörige Phosphorsäure von den andern Componenten des Sperma's abgegeben wird; F. wagt vorläufig

noch nicht zu entscheiden, welcher andere Bestandtheil die P
säure liefert. Ausser der Krystallbildung hängt aber a
Schreiner bereits constatirte, der Geruch des frischen men
Samens von der Schreiner'schen Basis im Prostatasecret ab;
hält sich der Geruch so lange, als die Basis in gelöster For
er verschwindet mit der Ueberführung in die phosphorsaure
dung.

Dass natürlich der Nachweis der Spermakrystalle — die
ihren Namen in der That nicht mehr verdienen — seine fo
Bedeutung verdienen muss, liegt auf der Hand. — F. betont
lich die klin. Bedeutung seiner Entdeckung für die Differentia
zwischen Prostatorrhoë und chronischer Gonorrhoë; das reichl
handensein der Böttcher'schen Krystalle, ebenso der Sperm
beweisen immer das Bestehen der ersteren. (Wegen weiterer inte
Einzelheiten muss auf die Abhandlung verwiesen werden. Ref

Lachmann (Frankfurt

---

467. **Paetsch, Zwei Fälle von secundärer Nierenschrumpf urämischer Hemiplegie.** (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. II Kleinere Mittheilungen.)

Die beiden geschilderten Fälle zeigten, was das klinis
betrifft, in drei Puncten eine grosse Aehnlichkeit.

1. Beide Male waren die Erscheinungen der Schrumpfung
ner Vollständigkeit vorhanden; 2. die terminalen, urämischen
nungen waren nahezu identisch; 3. in beiden Fällen schloss
dieselben rechtsseitige Hemiplegie. Letztere trat im ersten Fa
Stunden, im zweiten ca. 12 Stunden vor dem exitus lethalis
der Section zeigte sich im zweiten Falle die pia links auffall
im ersten allgemeines Oedem der pia. Als Ursache für die He
wurde, besonders im Hinblick auf den zweiten Fall, bei ben
jeglichen localen Herdes die seröse Durchtränkung besonders
ganglien als wahrscheinlich angenommen.

Lachmann (Frankfurt a

---

468. **Dr. P. Michelson, Bacilla medicamentosa.** (Viertel f. Derm. und Syph. 1881. 1 u. 3. S. 467.)

Bei Behandlung chronischer Urethritiden, sowie von Affect
Prostata und entzündlicher, durch Geschwüre des praeputiu
sachten Phimosis empfiehlt M. die Anwendung von Bacilla me
tosa und Cacaobutter mit den passenden Arzneimitteln.

bchen sollen 10 Cm. lang und so gearbeitet sein, das je 1 Cm. s eine bestimmte Menge des Medicaments enthält (0,01 0,05 Jodoform, 0,06 Borsäure, und 0,05 Tannin u. s. w.). dieser Stäbchen wird $4^2/_3$ mm = Bougie Nr. 14.

Doutrelepont.

---

dmund Dubois, Zur Anwendung des Chrysarobin und gallussäure. (Annal. der städt. allg. Krankenh. in 881, S. 704.)

iner Einleitung, welche sich über die Geschichte und Art ng und Anwendung, sowie über die Eigenschaften ge-l verbreitet, bespricht Verf. die Wirkungen und die auf 's Abtheilung im Münchener Krankenhause d. J. gewon-ungen bei Anwendung derselben auf gewisse Hautkrank-

rysarobin kam als Salbe hauptsächlich bei Psoriasis zur nach der von Neumann angegebenen Form: 10,0 Acid. , 40,0 Ungt. simpl., 10,0 Ol. Olivar. Die Salbe wurde, Schuppen im warmen Bade durch Abreibung mit Schmier-spirit. saponat. entfernt waren, mit einem Borsten-ie einzelnen psoriatischen Stellen dünn aufgetragen und Kleinere bis 10 Pfennigstückgrosse Plaques glätten sich —4, grössere erst nach 6—10 Einreibungen, während bei dick mit Schuppen bedeckten und verdickten Stellen an lbogen erst nach 15—30 und mehr Pinselungen ein Er-wird. In der Haut trat (bei zarter Beschaffenheit früher r) eine dunkelbraune Färbung und in der Umgebung der ung und Schwellung mit nachfolgender Abblätterung der n. Eine viel raschere Einwirkung auf die Efflorescenzen chtet, wenn statt der nach dem Einreiben vorgenommenen mit Flanell oder Leinwand Guttaperchablätter dazu ver-len. Die nachtheiligen Eigenschaften der Salbe bestehen bei zu langer und ausgedehnter Anwendung die Dermatitis össere Strecken ausbreitet und Jucken, Brennen, Fieber, it verursacht, dass bisweilen Conjunctivitis, Chemosis, ja er Cornea entstehen, und dass die Salbe Haare, Nägel und t. Trotzdem hat sich aber, wie eine Anzahl angeführter bichten beweisen, die Chrysarobinsalbe durch die meist nde Rückbildung der Plaques als vortheilhaftes Mittel in ung der Psoriasis bewährt. Bei anderen Erkrankungen rans, Pityriasis versic. Chloasmata uterina, Epitheliom und ris) muss das Chrysarobin hinter anderen Mitteln zu-

yrogallussäure hat in geringerer Ausdehnung dieselbe e Wirkung wie das Chrysarobin, ist aber von der Eigen-

schaft des letzteren, auf grössern Hautstrecken Erythem
frei; sie ist ein Aetzmittel und kann wegen ihrer beschränk
len Wirkung auch im Gesicht ohne Nachtheil verwendet w
Anwendung in Salbenform (Acid. pyrogallic. 2,0, Ungt.
noch besser Axung. porci 20,0) verdient vor der in
Lösung, besonders bei Psoriasis, den Vorzug. Zur Aetzw
gegen ältere infiltrirte Plaques ist eine Salbe von 20%
samer. Auch ihrer Applikation muss bei Psoriasis eine
Entfernung der Schuppen vorausgehen und eine Einwic
Leinwand oder Flanell nachfolgen. Die Wirkung ist eine
wie die des Chrysarobins. Es bilden sich auf den Plaqu
haftende braune Krusten, die später als nach Chrysarob
Die Rückbildung der Plaques erfolgt meist in 1—3 Wo
Färbung der Haut verschwindet 1—3 Wochen nach Sistir
selungen. Die Nebenwirkungen des Chrysarobins (Dermati
gemeinstörungen) werden bei der Pyrogallussäure nie in
Grade beobachtet. Die Behandlungsdauer ist daher, weil
brechungen in der Salbenapplikation nöthig werden, trotz
sameren Wirkung die gleiche wie bei Chrysarobin.
erscheinungen wie sie Neisser bei ausgedehnter Anwendun
gallussäure (Haemoglobinurie) in einem Falle beschrieben
nie beobachtet. Verf. glaubt, dass in Neisser's Fall v
Bedeckung des ganzen Körpers mit Salbe und Einwickelun
meable Stoffe die Haemoglobinurie begünstigt habe. In 12
angeführten Krankengeschichten von Psoriasis bewirkte die
säure durchgehends Heilung.

Die in 30—40 Fällen versuchte Applikation auf breite
zeigte keinen Vorzug vor der lokalen Calomel- und Sublimat
Bei Blennorrhoe der Vagina und der männlichen Urethra waren
von Pyrogallussäurelösung (½—5%, 6—8 Tage nach Beg
täglich) von günstiger Wirkung. Die aetzende und sch
Wirkung der 20% Salbe wurde ferner in einigen Fällen
und Verrucae therapeuthisch mit Erfolg verwendet, ähnlich
von Syphilis cutanea vegetans seu papillomiformis, sowie
luetischer Allgemeinkur in 2 Fällen von phagedaenischen
an der Stirne. Endlich werden noch Erfolge berichtet in
Fällen von Eczema impetiginosum, Impetigo syphilit., Eczem
und rubrosquamosum. Stintzing (M

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schneller lung der Referate die Separatabzüge an die Redaction zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

entlich.
umfasst
. Titel
ter.

Centralblatt
für
INISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
nd Direktor der medicin.
Klinik in Bonn.
a. o. Professor
der Medicin in Bonn.

10. December. Nro. 34.

diagnostische Bedeutung der Lungenalveolar-Epithelien im Sputum.

Von

Prof. G. Bizzozero

in Turin.

em Buhl auf gewisse häufig im Sputum vorkommende grosse
(Körnchen und Tröpfchen verschiedener Art enthaltende)
er als Lungenepithelien erkannte, aufmerksam gemacht und
chten über ihre diagnostische Bedeutung ausgesprochen hat,
diesen Gegenstand viele Arbeiten erschienen, worin nicht
agnostische Werth, sondern auch die Natur jener Elemente
urde. Dabei haben mehrere Forscher die Abstammung der-
m Lungenepithel in Zweifel gezogen und die Möglichkeit
oben, dass es sich nur um alterirte Elemente vom geschichte-

ten Epithel der Luftwege oder auch aus den Schleimdrüsen
(Fischl).

Diese Zweifel sind auch bis jetzt nicht gehoben, wie
einigen neulich in Deutschland veröffentlichten Schriften ersehe
rend Guttmann und Smidt[1]) ohne Weiteres annehmen, d
Zellen Lungenalveolar-Epithelien darstellen, sprechen Paniz
Senator ganz andere Ansichten aus. Nachdem Panizza[2]),
handlung der Flimmerepithelzellen der Frösche mit Wasser, a
die wohlbekannten hyalinen Kugeln oder Tröpfchen hat
sehen, glaubt er, diese Tröpfchen seien identisch mit den gros
nigen Zellen des Sputum, welche letzteren demnach als „das
Product der auf der flimmerepitheltragenden Respirationssch
aller Säugethiere und Amphibien sich findenden Becherzellen
trachten seien.

Senator[3]) seinerseits (wie es in seinen Bemerkungen zu
Berliner medicinischen Gesellschaft vorgelegten Arbeit von Gu
und Smidt heisst) „möchte nicht mit Sicherheit die von G.
benen runden Zellen stets als gequollene Alveolarepithelien an
weil ganz ähnliche Elemente auch in den tieferen Schichten d
chialschleimhaut vorkommen; insbesondere könnten die zwisc
unter den Basalfortsätzen der Flimmerzellen liegenden sogen.
zellen durch Aufquellen ganz das geschilderte Ansehen ge
Sollten daher die Ansichten von Panizza und Senator A
finden, so würden die grossen Zellen der Sputa alle Bedeutung
Diagnose der Lungenkrankheiten verlieren.

Nun sind vor einigen Jahren in Italien zwei Arbeiten er
die in Deutschland unbekannt geblieben sein dürften, und d
wie ich glaube, wohl einige Beachtung verdienen, da sie nic
Interesse sind für die Lösung der obigen Frage.

Schon 1878 hatten Bozzolo und Graziadei[4]) die Er
ihrer diesbezüglichen, sowohl klinischen als experimentell an
angestellten Untersuchungen, veröffentlicht. Sie bestätigten z
dass in der Lungenalveole wirklich zweierlei Abarten von Ze
halten sind, nämlich breite plättchenförmige Zellen, zwischen
minder breite aber dickere protoplasmatische Zellen eingescho
scheinen. Indem sie ferner bei Thieren catarrhalische und
Entzündungen künstlich hervorriefen, sahen sie, dass sich be
krankhaften Processen die lamellösen Zellen, bis auf eine leic
nige Trübung und Zunahme des spärlichen circumnucleären P
ma's, durchaus passiv verhalten, während die dazwischen
benen protoplasmatischen Zellen sehr zahlreich wer
Alveolarhohlraume und häufig mehrere Kerne, reichliche K

---

1) Guttman und Smidt, Zeitschrift für klin. Med., Bd. II
—138. 1881.

2) Panizza, Deutsches Arch. für klin. Medicin, Bd. XXVI
—391. 1881.

3) Senator, Berliner klin. Wochenschr. 1881. Nr. 25. S. 360

4) Bozzolo e Graziadei, Arch. per le scienze mediche,
p. 357—72. 1878.

n und Pigment enthalten. Diese protoplasmatischen Zellen
n genannten Forschern zufolge, mit den beim Menschen
den entzündeten Lungenalveolen als im Sputum vorkom-
menten überein. Was übrigens das letztere Vorkommniss
schliessen sich zwar B. und G. insofern der Ansicht von
s sie die fraglichen Zellen als wirklich dem Alveolarepithel
angehörend betrachten, legen aber bei Weitem nicht das-
stische Gewicht wie er auf das Vorkommen dieser Zellen
is, da sie ein solches nicht ausschliesslich bei dieser oder
nerkrankung, sondern bei vielen und verschiedenen Krank-
namentlich auch bei einfachem Bronchialcatarrh angetroffen

andere Arbeit über diesen Gegenstand ist von mir ausge-
n, und werden die Resultate derselben in meinem Manuale
copia clinica (erschienen im September 1879) veröffent-
bestätigte die Angaben von Bozzolo und Graziadei,
mich, was die lamellösen Zellen anlangt, in zahlreichen
croupöser Pneumonie beim Menschen überzeugen, dass so
Process wenig vorgeschritten ist, der Hohlraum der
veolen völlig durch die grossen körnigen proto-
chen Zellen ausgefüllt sein kann, obgleich die
en der Alveolen noch von ihrem lamellösen Epithel
det sind und die Zellen des letzteren einkernig bleiben.
ann ich der Ansicht von Friedländer u. A. nicht bei-
ach die protoplasmatischen Zellen aus der Schwellung der
hervorgehen sollen. — Ferner überzeugte ich mich, dass
nzellen der Sputa wirklich vom Lungenepithel abstammen,
einerseits ihre morphologische Uebereinstimmung mit den
n der Lungenalveolen nachwies, andrerseits aber mich ver-
ass derartige zellige Bestandtheile der Sputa von keinem
e herrühren können. Denn 1. finden sich, weder unter
och unter krankhaften Bedingungen, in irgend einem ge-
Flimmer- oder Pflasterepithel (z. B. in dem der Stimm-
mente, die jenen grossen protoplasmatischen Zellen glichen.
der Schleimdrüsen der Luftwege ist es zwar richtig, dass
wie zuerst von Tarchetti[1]) in meinem Laboratorium nach-
urde) zweierlei Arten von Zellen enthalten, deren eine durch
Protoplasmagehalt gekennzeichnet ist; aber keine der beiden
n gleicht den vorerwähnten Elementen des Lungenepithels.
die Schleimdrüsen oder die geschichteten Epithelien wären,
besagten grossen protoplasmatischen Zellen ihren Ursprung
so müssten sich solche auch in anderen Schleimarten, z. B.
und im Rachenschleime vorfinden, was eben nicht der Fall
h bei gleichzeitiger catarrhalischer Erkrankung aller grossen
ehlen die grossen Körnchenzellen stets im Secrete der vor-

rchetti, Rendiconti del R. Istituto Lombardo. 1871. — Giorn.
di Med. di Torino, 1873.

deren Abschnitte der Nasenhöhle sowohl, als in dem der Choan
rend sie sich in reichlicher Menge im Laryngealschleime vor

Diese Einwürfe, die ich damals gegen die Ansichten von
erhob, gelten jetzt ebenso gut gegen die von Panizza und S
Denn die grossen Körnchenzellen der Sputa haben weder
hyalinen Tröpfchen, welche Panizza bei Behandlung des Epi
Wasser hervortreten sah, noch mit den von Senator herang
tiefliegenden Zellen des geschichteten Bronchialepithels (mag
entzündet sein oder nicht) irgend eine Aehnlichkeit: und s
Ansichten beider letztgenannten Forscher eben die Thatsache
dass solche Zellen nie im Secret der Nasenschleimhaut, die d
Structur nach so sehr mit Schleimhautüberzug der Trachea
Bronchien übereinstimmt, angetroffen werden.

Die Studien von Guttmann und Smidt laufen zum
Theile auf eine Bestätigung unserer Ergebnisse hinaus. Gl
erkennen diese Autoren in den grossen Körnchenzellen d
Elemente des Lungenepithels, und weichen ihre Ansichten nur
von den unseren ab, als sie mit Friedländer die besagt
durch Aufquellen der lamellösen Epithelzellen der Lungenalve
stehen lassen. Die Gründe, wesshalb wir diese Ansicht für u
bar halten müssen, habe ich bereits namhaft gemacht. Wen
wähnten Autoren mit uns die reichliche Bildung von Körnc
in den Lungenalveolen als einen wirklich entzündlichen Process
wollten, hätten sie sich leichter eine Thatsache erklären kön
ihnen bei der Annahme der Friedländer'schen Theorie sc
klärlich erscheinen musste: die Thatsache nämlich, dass bei ei
vor dem Tode aufgetretenen Oedem der Lungenalveolen die p
matischen Zellen nur in sehr spärlicher Menge in den Alveol
vorgefunden werden. Das erklärt sich nun einfach daraus,
Körnchenzellen eben nicht, wie jene Autoren annehmen, du
quellen der lamellösen Epithelzellen in Berührung mit einem w
Secrete enstehen — denn dann müssten sie sich bei Lungenöd
entwickeln und anhäufen — sondern vielmehr das Product e
zündlichen Vorganges darstellen, wie ein solcher bei einfac
frischem Lungenödem eben nicht vorliegt, und wie er sich n
halb eines gewissen Zeitraumes entwickeln kann.

Was die Häufigkeit des in Rede stehenden Befundes in
wurfe der Luftwege anbetrifft, so habe ich denselben nicht
den meisten Lungenerkrankungen, sondern auch längere Zeit
nach sehr leichten Bronchialcatarrhen, die fast ganz ohne Hu
liefen, angetroffen. Guttmann und Smidt fanden sogar di
schäftigenden Zellen ganz gewöhnlich in den Sputis von Pers
das 30. Lebensjahr überschritten hatten, vor; und stimmt d
ältere Beobachtung von Hoefle überein, wonach diese Eleme
gewöhnlichen Bestandtheil der morgendlichen Sputa g
sunder Personen bilden. Diese Thatsache liess sich durch
nahme erklären, dass in allen solchen Fällen das Alveolare
continuirlicher Desquamation begriffen sei; und gewinnt di
muthung festeren Boden durch eine neulich bekannt gemachte

Kölliker[1]), der in den sonst völlig normalen Lungen eines
eten 23-jährigen Verbrechers eine Anzahl von Alveolen mit
ucherung begriffenen protoplasmatischen Zellen angefüllt fand.
en wir nun zu der diagnostischen Bedeutung der im Sputum
en Lungenepithelien über. — Buhl schlägt dieselbe sehr
indem nach seiner Meinung das Vorkommen dieser Zellen
n und ihre fettige oder Myelin-Entartung die Möglichkeit an
geben würde, schon in den frühesten Stadien die reine und
n ihm so genannte desquamative Pneumonie zu diagnos-
d sie von der croupösen zu unterscheiden, mit welcher die
ıte das Fieber, das crepitirende Rasselgeräusch die Dämpfung
ympanitischen Klang des Percussionsschalles, das unbestimmte
consonirende (bronchiale) Athmen und den blutigen Auswurf
ıt. Die Unterscheidung wäre von grossem Belange, da die
squamative Pneumonie — Alles nach Buhl — das Substrat
ı Miliartuberculose sowohl als der tuberculösen Pneumonie
würde. — Indessen erhellt aus dem oben Gesagten zur Genüge,
Gegenwart der Lungenepithelzellen im Sputum nur überhaupt
zündlichen Vorgang in den Lungenalveolen anzeigen kann,
nd über die Natur und Schwere des entzündlichen Processes
zu verschaffen — da ja diese Zellen ebenso gut bei den
n croupösen Pneumonien als auch bei den belanglosen Ab-
gen des Alveolarepithels in Begleitung jener ganz leichten
schen Zustände, wie sie bei erwachsenen Personen beinahe
ologisch zu betrachten sind, in den Sputis angetroffen werden.
besagte Befund wird demnach nur dann von übler Bedeutung
nn die Zellen in grosser Menge vorhanden, ihre
idung lange anhält und die Menge des Auswurfs
h ist, welche Umstände zusammengenommen einen ausge-
chronischen Catarrh der Lungenalveolen andeuten würden.
s wird auch unter solchen Umständen der Befund minder be-
wenn es sich um ein älteres Subject handelt, da nach den
ungen von Guttmann und Smidt im vorgeschrittenen Alter
eten von Lungenepithelien im Sputum überhaupt viel häufiger
als in der Jugend. — Allenfalls aber wird unter den ange-
rschwerenden Verhältnissen, zumal bei jugendlichen Individuen,
mptom einen chronischen Catarrh der Lungenspitzen schon
Zeit anzeigen, wo Auscultation und Percussion noch keine
nkte dafür zu liefern im Stande sind.

---

[1]) Kölliker, Zur Kenntniss des Baues der Lunge des
n. Verhandlungen der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg. Bd.

470. **Dr. W. Hager, Ueber acute Miliartuberculose, insbeso zwei unter dem klinischen Bild einer croupösen Pneumoni laufende Fälle derselben.** (Aus der medicin. Abth. des I Bürgerhospitals. Deutsche medic. Wochenschr. No. 40. 1881

Abgesehen von den Fällen von Miliartuberculose und Typh typisch verlaufen und für die die differential-diagnostischen Sym hinlänglich bekannt sind, glaubt Verf., dass es atypische Fälle gie Typhus sowohl wie Miliartuberculose, die jeder differentiellen Di spotten. Zur Illustration theilt er zwei dieser Fälle mit.

Der erste Fall betrifft einen kräftigen Zwanziger, der in Woche eines regelrechten Typhus, als die Morgenremissionen erheblicher zu werden begannen, neue Temperatursteigerung 3 Tage lang bestand continuirliches Fieber zwischen 40,0- Chinin blieb wirkungslos. Puls und Athemfrequenz stieg. E auf beiden Lungen Capillarbronchitis auf, später Unten Dämpfung. Roseolaflecke, Delirien, Diarrhöen, schaumiges Sputum ohne Blu unter Erscheinung des Lungenoedems. Diagnose lautete auf einen „ schub“ des typhösen Processes, Pulsfrequenz und Lungenerschei wurden auf Insufficienz des Herzmuskels bezogen.

Die Section ergab einen Typhus in der 4. Woche und eine Miliartuberculose der Lungen, der Leber, der Nieren und der G gefässe. In der L. Lungenspitze fand sich ein bohnengrosser kalkiger Herd mit geschrumpfter und pigmentirter Nachbarschaf

Früher glaubte man, dass Typhus und Lungentuberculos ausschlössen, jetzt steht es fest, dass auch bei vorgeschrittener L phthise Typhus acquirirt werden kann. Selbst tuberculöse und t Geschwüre fand L e i c h t e n s t e r n in demselben Darm. Wen Phthise Typhus hinzutritt, so stehen natürlich beide in keiner sammenhang, dagegen bereitet ein überstandener Typhus den vor, durch Schwächung des Organismus etc., dass jetzt eine reiche Infection mit dem latenten Gift der Tuberculose möglich

Der II. Fall war ebenfalls eine Miliartuberculose, wo T diagnosticirt war.

In diesem Fall war auf den Lungen eine mässig intensive chitis. Zunge stark belegt, an der Spitze und Rändern roth. Ab aufgetrieben, Ileocoecalgurren. Milz gross und p a l p a b e l. D e u t R o s e o l a e. P. 96. Resp. 32. Harn eiweissfrei. Täglich 2—3 rhöen, hellgelb, zweischichtig. In der 4. Krankheitswoche: Stei der Puls- und Athemfrequenz. Hypostase beider Unterlappen, mingehalt des Harnes. Kein Sputum trotz Zunahme der bronchit Erscheinungen. D i e T e m p e r a t u r c u r v e i s t g a n z u n d g a e i n e s T y p h u s. In den letzten Tagen mässige Delirien.

Die Section ergab acute Miliartuberculose der Lungen, Leber, Nieren.

Es giebt also Fälle von acuter Miliartuberculose, die mi charakteristischen Symptomen des Abdominaltyphus einhergehen häufigsten ist der Fiebertypus conform und Typus inversus ist gewöhnlich, sondern nur ausnahmsweise bei Miliartuberculose vorh Milzschwellung ist bei Miliart. die Regel; doch ist sie klein

er Weichheit gewöhnlich nicht palpabel. Roseola von der-
rm und Anordnung wie bei Typhus soll im referirten Fall
haben. Auch Murschison hat ausnahmsweise Roseola bei
efunden. Dass Roseola bei verschiedenen fieberhaften Krank-
komme, sei eine Thatsache.
r den Lungenerkrankungen, die grosse Aehnlichkeit
Iiliartuberkulose haben, sind zu erwähnen die acute, diffuse,
Capillar-Bronchitis alter Leute und die exsudative Pleuritis.
rile und afebrile Form der Miliart. ist insbesondere oft ver-
vorden mit einfacher diffuser Bronchitis und allgemeinem
alter Leute, der mit Herzdegeneration und deren Folgen
. Zwei Fälle werden zum Beleg mitgetheilt.
einem Pat., der das Bild eines hochgradigen Altersmarasmus
mit anhaltend subnormaler Temperatur, wird ein L.-seitiges
es Exsudat aus den vorhandenen Symptomen diagnosticirt.
n ergiebt allgemeine acute Miliartuberkulose.
anderer 57-jähriger Mann, der wegen „Alterschwäche" auf
r Invalidenstation aufgenommen ist, und ausser einem Cornu
auf dem Nasenrücken durchaus kein pathologisches Verhalten
eut sich bis zum Abend vor seinem Tode des besten Wohl-
und wird morgens todt im Bette gefunden. Section ergab
acute Miliartuberkulose. In beiden Fällen wurde durch das
die anatomische Diagnose bestätigt. Vf. nennt diesen letzten
bulante Form der Miliart."
Schluss 2 interessante Fälle, in denen eine croupöse Pneu-
gnosticirt war, und die Section acute allgemeine Miliartuber-
acuter lobulärer desquamativer Pneumonie ergab.
I. Fall wurde zuerst eine acute Miliart. diagnosticirt. Es
e Cyanose vorhanden. Resp. 52, Puls 120, Temp. 39,4.
benommen. Gesichtshallucinationen. LHO ergiebt die Unter-
edämpften Schall mit bronchialem Athmen und spärlichen
lingenden Rasselgeräuschen. Ueber beiden Lungen zahlreiche
d gröbere Rasselgeräusche. Am 3. Tage treten plötzlich
neumonische Sputa auf und die physikalische Untersuchung
dorsalen Bereich des R. Oberlappens intensive Dämpfung
n Bronchialathmen. Ueber den R. Unterlappen ein Geräusch,
gs als weiches Reiben imponirte, später als inspiratorisches
s Knistern erkannt wurde. Temp. maximum 40,4. Die erste
wird fallen gelassen und eine croupöse Pneumonie des R.
s diagnosticirt.
Section ergiebt: Eine gänseeigrosse Caverne in der L. Spitze.
acut. Miliart. Acute desquamative Pneumonie des R. Ober-
ungenoedem.
mikroskopische Untersuchung weist nach: in dem Ober-
e Füllung sämmtlicher Alveolen mit grossen epithelialen
as interstitielle Gewebe verbreitert, mässig zellig infiltrirt.
in den Alveolen Fibrin und Eiter-Körperchen, in der unteren
Oberlappens zahlreiche rothe Blutzellen.
II. Fall wird bei Anwesenheit von blutig tingirten Sputis,
Dämpfung über den R. Oberlappen mit bronchialem Athmen,

Temp. maximum 38,8, Katarrhs der feinsten Bronchien etc. ausse
letzteren eine croupöse Pneumonie des R. Oberlappens diagnosti
Die Section ergiebt ungefähr dasselbe wie im 1. Fall;
die mikroskopische Untersuchung. Als zufälliger Befund ist
wähnen ein durch dicke Schwarten abgekapselter käsiger Herd
dem L. Zwerchfell.

Bei der Betrachtung beider Fälle kommt Vf. zu dem Resultat
die Desquamativ-Pneumonie nicht etwa anzusehen sei als ein
gediehener Grad des bei der Miliartuberkulose vorhandenen infil
Oedems, auch nicht durch den localen Reiz des Tuberkels her
rufen sei, sondern sie sei vielmehr ein acut entzündlicher Process,
hervorgerufen, ebenso wie die Miliartuberkel durch das tuber
Gift. Nach Buhl könnten auch Typhus, Pyämie, Septikämie,
peralfieber, acute Exantheme den Anstoss zu einer Desquamativ
monie geben. Verf. hebt hier besonders den Scharlach hervo
dem sich nach seiner Erfahrung häufig acute Desquamativ-Pneum
und besonders des Oberlappens entwickelten.

Die klinische Betrachtung der Fälle lehrt, dass ein Arzt, d
Krankenbett gerufen wird, wenn sich schon die lobuläre Pneu
entwickelt hat, leicht die Miliartuberkulose übersehen wird. O
zu entscheiden sei was für eine Pneumonie, ob desquamative ode
pöse, vorliege, so erinnert Verf. an das seltene Vorkommen cro
Pneumonieen bei Schwindsüchtigen. Die Sputa bieten keinen A
punkt; denn in beiden Fällen waren Sputa crocea, und was den
von Alveolarepithel betrifft, so sei dies schwer von dem Epith
Rachens und der Bronchien zu unterscheiden.

Dass Knisterrasseln mit dem weichen Reibegeräusch, welche
Jürgensen sogar pathognomonisch für Miliartuberkulose sei, of
wechselt wird, hat auch Heitler zugestanden.

Der Nebenbefund des abgekapselten käsigen Herdes lässt
nicht aus einer Perforationsperitonitis erklären, da die nahen
minalorgane intact waren; ob der primäre Process in die L.
zu verlegen sei, lässt Vf. dahingestellt. Als Name schlägt er Em
subphrenicum vor.

Men

---

471. **Petrone Luigi, Sulla nova thoria miasmatica dello sco**
Ueber die neue miasmatische Theorie des Scorbuts. (Annal.
di med. e chir. Heft 10.)

Verf. spritzte Blut eines Scorbutkranken drei Kaninchen
die Rückenhaut ein, und zwar dem ersten eine, dem zweiten zwe
dritten drei Pravaz'sche Spritzen voll. Bei allen dreien stellt
am Tage nach der Injection Fieber mit continuirlich-remittirendem T
und Abmagerung ein. Am 3. Tage erschienen bei Kaninchen

rrhagische Flecken an den Ohren, am vierten Tage die-
inung bei Nr. 1 und 2. Am 6. resp. 7. Tage nach der
rden die Thiere vermittelst Durchschneidung des Halsmarks
ie Section ergab bei allen dreien Abmagerung, hämorrha-
sse in der Dura mater der Basis, den Pleuren, dem Peri-
Milz und der Leber. Die Milz war etwas vergrössert,
e Kapsel gespannt. Bei Nr. 1 fand sich auch Anschwel-
mphdrüsen des Mesenterimus. Die mikroskopische Unter-
Blutes ergab bei allen dreien die Gegenwart ovaler, glänzender,
bewegender Körperchen, welche sich auch in der den
rüsen von Nr. 1 entnommenen Lymphe und in dem Blute
fanden. Die rothen Blutkörperchen des Letzteren waren
ampft, aber scheinbar an Zahl etwas vermindert, während
r weissen Blutkörperchen vermehrt erschien. Da Prof.
seinen Injectionsversuchen mit dem Blute Scorbutischer an
zu denselben Resultaten gekommen ist, zweifelt P. nicht
rtragbarkeit des Scorbuts, und glaubt, dass die erwähnten
Körperchen die Träger des specifischen Giftes sind. Freilich
estätigung dieser Ansicht noch weitere Experimente, be-
ivirungsversuche mit diesen Körperchen nöthig.

Brockhaus (Godesberg.)

C. Westphal, Gelenkerkrankungen bei Tabes. Kran-
lung in der Berliner med. Gesellsch. (Berlin. klin. Wo-
1881, Nr. 29.)

spricht die zuerst von Charcot beschriebenen Arthropa-
abes. Bei einem Tabeskranken entstehe eines Tages An-
eines Gelenkes ohne entzündliche Erscheinungen und ohne
Allgemeinbefindens, daran schliesse sich eine Schwellung
nden Extremitäten von prall-oedematöser Beschaffenheit.
enke könne man bald knochenharte rundliche Körper und
Bewegungen wahrnehmen. Nach Abnahme der Schwel-
e eine erhebliche Deformität und abnorme Beweglichkeit
zurück. Befallen werden fast ausnahmslos die grösseren,
nie-Gelenke. An ein bestimmtes Stadium der Krankheit
Gelenkaffektionen nicht gebunden zu sein, können jedoch
n frühesten Stadien vorkommen, wie ein angeführter Fall
iesem war Hydarthros am Knie aufgetreten nach den ersten
scheinungen (Kältegefühl in den Füssen, Abnahme der
ung), und erst später entwickelte sich im Laufe von Jah-
gesprochene Bild der Tabes, während die Gelenkaffektion
de Kniee erstreckte.
verläuft die Arthropathie ohne Schmerz und ohne Haut-

röthung. Doch kommen Ausnahmen vor wie die folgende. Be
52jähr. Pat. mit ausgebildeter Tabes entstanden, nachdem
schmerzlose Anschwellung des Ellenbogengelenks und versch
Phalangealgelenke beobachtet worden, später wiederholt schm
Anschwellungen der Handgelenke mit Röthung. Bemerkenswe
bei diesem Fall, dass die kleineren Gelenke befallen ware
W. sonst nie beobachtete. — Das Allgemeinbefinden wird n
nahmsweise beeinträchtigt. Verf. ist nicht geneigt, gastralgis
fälle, wie Buzzard will, mit den Gelenkaffektionen in Zusamm
zu bringen, da dieselben überhaupt keine ungewöhnlichen Ers
gen bei Tabes seien, und gerade in seinen Fällen von Arthr
fehlten. — Dagegen sei die bei Tabes öfters beobachtete Neig
spontanen Frakturen auf die gleiche Ursache wie die Gelenk
kungen zurückzuführen. So wurde ein Fall beobachtet, in w
unter lebhaften ataktischen Bewegungen die Diaphyse des E
schenkels brach, ein anderer, in welchem nach Rückbildung eine
ödematösen Anschwellung am R. Oberschenkel und Hüftgelenk
tion des letzteren, Fehlen des Gelenkkopfes und eine
mässige Callusmasse zurückblieben und eine Fraktur wahrsc
machten.

Anatomisch findet man gewöhnlich Verdickung der Gelenk
Zerstörung oder zottige Wucherungen der Synovialis, Zerstör
Knorpel mit Usur oder Sklerose der Knochen und hyperost
oft stalaktitenartigen Wucherungen, klare, gelbe, selten eitrig
sigkeit in variirender Menge, nicht selten völliges Verschwin
Gelenkkopfes und eines Theiles des angrenzenden Knochens
xation und Subluxation.

Die Frage, ob die geschilderten Gelenkveränderungen i
inneren Beziehung zu der grauen Degeneration der Hintersträ
hen, wird von Charcot und den französischen Autoren au
der Häufigkeit des Zusammentreffens bejaht. Charcot hält di
tion auch für eine der Tabes eigenthümliche, sonst nicht vorko
Form, weil Arthropathien bei anderen Erkrankungen (wie
sicca) sich klinisch und anatomisch anders verhalten sollen.
Frage, unter welchen speziellen Bedingungen die Erkrankung
tralorganes die Gelenkerkrankung nach sich ziehe, lässt si
keine durch Thatsachen zu begründende Antwort geben.

Weiterhin wird die Geschichte eines Kranken (nebst Ab
mitgetheilt, bei dem sich in einem vorgerückten Stadium de
eine Knieaffektion erst links, dann rechts entwickelte, Hydarth
Schwellung der Extremitäten verschwanden, aber es blieb
enorme Deformität der Gelenke zurück, dass die Unterschenk
bis zu einem stumpfen, bezw. rechten Winkel gebeugt, aber
einer bedeutenden dorsalen Beugung (genu recurvatum) gestre
ein wenig abducirt werden können. Beide Kniee haben in Fo
Knochenwucherungen einen abnormen Umfang. Die Bewegung
typisch schlendernd, erfolgen unter Krachen, aber ohne Schme

Zum Schluss fordert W. in seinem Vortrage die Chirur
den „ihnen unzweifelhaft viel häufiger vorkommenden Fällen

kungen mit Rücksicht auf die behauptete Beziehung zur
ere Aufmerksamkeit zu schenken, um grösseres Material
dung der angeregten Frage beizubringen.

Stintzing (München).

**reaux, Paralyse syphilitique du nerf trijumeau; Anes-
la face. Fonte purulente de l'oeil. Gomme de la dure-
estruction du Ganglion de Gasser.** Syphilitische Para-
Trigeminus. Anaesthesie des Gesichts. Vereiterung des
umma an der Dura mater und Zerstörung des Ganglion
(L'Union méd. Nr. 151.)

ill betrifft eine 47jährige Frau, die sich in ihrem 22.
eine syphilitische Infection zugezogen hatte, dann aber
durch ganz gesund gewesen war. Vor 2 Jahren erkrankte
siven rechtsseitigen Stirnkopfschmerzen und Verdauungs-
urde anämisch und magerte ab. Der Gebrauch von Jod-
Besserung, aber nur vorübergehend, da die Kur zu früh
wurde. Dann entwickelte sich rechtsseitige Keratitis, Horn-
Perforation, Vorfall der Iris, Staphylom, mit vollständigem
Sehvermögens. Gleichzeitig wurde beginnende Anaesthesie
Gesichtshälfte und Taubheit auf dem rechten Ohre con-
er brachte Jodkali in Verbindung mit tonisirenden Mitteln
de Besserung. Im weiteren Verlauf stellten sich die
ner rechtsseitigen Facialisparalyse (Unvermögen, das rechte
liessen, Deviation des Mundes nach links) und Schwindel
mit der ausgesprochenen Neigung, nach rechts zu fallen,
lancinirende Schmerzen in der rechten Hand, Steifigkeit
nd Schwäche des rechten Beines. L. stellte die Diagnose
philitischen, von den Meningen ausgehenden Tumor an der
he des rechten Felsenbeins nahe der Spitze desselben,
der einen Seite die in den innern Gehörgang eintretenden
und acusticus, auf der andern den zum Gangl. Gasseri
Stamm des Trigeminus und ersteres selbst durch Druck
e und die rechte Hemisphäre des Kleinhirns comprimirte.
entralen Sitz des Tumors im Pons oder der Med. oblon-
er Umstand, dass nur die Nerven zerstört, die übrigen hier
en intact waren. Dass der Tumor syphilitischen Ursprungs
die Anamnese, die, wenn auch vorübergehende Besserung
gebrauch, und die aus den Symptomen zu schliessende
enzung der Geschwulst wahrscheinlich. Auch war anzu-
s dieselbe von den Meningen und nicht von dem Felsen-
weil Exostosen und andere Knochentumoren syphilitischen
ewöhnlich am Schädelgewölbe, selten an der Basis ent-

stehen. Der Zustand der Kranken blieb in 1880 stationär,
1881 ging sie ziemlich rasch comatös zu Grunde. Die Au
stätigte in jedem Punkte die Diagnose: Der rechte N. trige
und acust. in die von der Dura mater ausgehende, aus Bir
zellen mit eingestreuten Häufchen von Fettzellen bestehende (
eingebettet und atrophisch; das Ganglion Gasseri in einen
glatten Strang verwandelt.

Brockhaus (God

---

474. **Krieg** (Stuttgart), **Bericht über 18 Exstirpationen
kopfpolypen.** (Med. Correspondenzbl. d. Würtemb. ärzt
Nr. 33. 1881.)

In einem im ärztlichen Verein in Stuttgart gehaltene
erstattet K. Bericht über die von ihm seit 1876 ausgeführt
pationen von Kehlkopfpolypen. Der Natur nach betrafen die
dungen 9 Fälle von Papillomen, 5 Fibrome, 2 Schleimha
2 mal papillare Wucherungen, welche auf verschiedene Opera
mit günstigem Erfolg entfernt wurden. In einigen Fälle
sich K. auch der Schwammsonde, über deren Brauchbarkeit
weichen und schmalgestielten Neubildungen sich derselb
ausspricht.

Hindenlang (Fr

---

475. **Strauss, Note sur la dégénérescence amyloide du
albuminurie.** Ueber amyloide Degeneration der Niere o
minurie. (L'Union médicale 1881. Nr. 146, 149 und 152

Die Symptomatologie der amyloiden Nierenentartung ist
veränderliche; bald fehlt das Oedem, bald ist es auf gewis
theile beschränkt und wenig ausgesprochen, bald verbreitet un
der Urin ist in dem einen Falle reichlich, klar, arm an S
Harnstoff, von geringem specifischen Gewicht, in dem ander
dunkel, reich an Sedimenten, von hohem specifischen Ge
letzterer Beziehung ist nach S. von Einfluss das Fehlen oder
handensein von Diarrhoeen, welche ihrerseits wieder davon
ob die Schleimhaut des Darmes mit in den Entartungsproc
gezogen ist, oder nicht. Ueber das Auftreten von Eiweiss
bei Nierenamyloid sind die Ansichten verschieden. Während
u. A. behaupten, dass die amyloide Degeneration der Nieren

erzeuge, und dass das Auftreten von Eiweiss im Harn beim
Cylindern characteristisch für diese Nierenaffection sei,
der Ansicht, dass Albuminurie nur dann gefunden werde,
hzeitig chronische parenchymatöse oder interstitielle Ne-
ehe. S. bespricht die von Litten zusammengestellten 4
Nierenamyloid ohne Albuminurie und fügt einen weiteren
Beobachtung hinzu. Derselbe betrifft eine 39 j., aus tuber-
nilie stammende Frau, die ursprünglich an rechtsseitiger
it starkem serösen Erguss erkrankt war. Letzterer hatte
nehrfachen Entleerungen durch die Punction immer wieder
und schliesslich eitrige Beschaffenheit angenommen. Im
erlauf entwickelten sich tuberculöse Infiltrationen der rechten
Cavernenbildung, später ein rechtsseitiger Pyopneumothorax
bose der rechten Art. tibialis postica. Der Tod erfolgte
/3 jähriger Krankheitsdauer. Die Untersuchungen des Urins
s, die in der letzten Zeit vor dem Tode fast täglich ge-
len, hatten stets ein negatives Resultat. Die Autopsie er-
ehen von den Veränderungen in den Lungen, mikroskopisch
re amyloide Degeneration der Milz, Leber, Darmschleimhaut
kleinen Arterien des Herzmuskels. An der Niere trat die
ische Färbung auf Jodzusatz mikroskopisch sichtbar nur
n Stellen der Grenzschicht zwischen Mark- und Rindensub-
Dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung an mit
n gefärbten Schnitten, dass in der Corticalis ein grosser
Malpighi'schen Knäuel amyloid degenerirt war, kein einziger
ner Totalität, sondern immer nur einzelne Gefässschlingen.
rt. afferentes und verschiedene kleinere, die Harnkanälchen
en Arterien zeigten ebenfalls Amyloidreaction. In der Mark-
aren die Gefässe der Grenzschicht besonders stark entartet.
n chronischer parenchymatöser oder interstitieller Nephritis
t Rücksicht auf die neueren Arbeiten von Cornil, Posner,
und Nussbaum, nach welchen die Glomeruli als Abschei-
des Eiweisses anzusehen sind, erklärt S. das Fehlen der
e in seinem und in den 3 Fällen von Litten in der Weise,
tartung der Glomeruli nicht hochgradig genug gewesen sei,
ch Runeberg's Theorie zur Eiweisausscheidung in den
higen Bedingungen, nämlich Herabsetzung des Blutdrucks
gsamung des Blutstroms, herbeizuführen. Der vierte Fall von
dem die ergriffenen Glomeruli sich total degenerirt, die an-
en vollständig intact zeigten, widerspricht dieser Erklärungs-
, da erstere, wie L. durch Injectionsversuche nachwies, über-
den Blutstrom undurchgängig geworden waren.
mmt zu folgenden Schlüssen:
gewissen Fällen von amyloider Degeneration der Nieren
lbuminurie vollständig und bis zum Tode fehlen.
s Fehlen der Albuminurie hängt theils ab von dem Fehlen
ren (interstitiellen oder parenchymatösen) Erkrankung der
ils von der speciellen Localisation der amyloiden Entartung,
diesen Fällen mehr die Vasa recta der Marksubstanz, als
der Glomeruli ergriffen hat.

3. Wenn man bei einem Phthisiker, einem alten syphi
oder an langwieriger Knocheneiterung leidenden Individuum Ve
rung der Milz und Leber ohne Albuminurie constatirt, d
aus diesem Grunde die Idee einer amyloiden Entartung dieser
nicht zurückweisen; man kann selbst nicht die Degeneration de
absolut leugnen.

4. Diejenigen, welche den Beginn der amyloiden Entar
Körper vom Eintreten der Albuminurie an datiren, begehe
doppelten Fehler, 1) weil die amyloide Degeneration häufige
die Milz und Leber, als die Nieren ergreift, und 2) weil sic
Nieren amyloide Entartung eingestellt haben kann, ohne dass
im Urin auftritt.

Brockhaus (Godes

---

476. **H. Mabille, Note sur les rapports de l'aliénation me
de la fièvre intermittente.** Ueber den Zusammenhang
Geistesstörung und Intermittens. (Annales médico-psychol
Série 6. Tome VI. No. 2. 1881.)

In dem ersten der beiden vom Verf. beobachteten Fälle
Psychose (Hallucinationen, Verwirrtheit mit Ideenflucht, Ge
gegen die Umgebung) zu einer seit 8 Tagen bestehenden, nac
dianem Typus verlaufenden Intermittens hinzu und überdauerte
welche erfolgreich durch Chinin bekämpft wurde, noch um eini
Im 2. Falle, in welchem eine Geisteskranke mehrere Anfälle
termittens mit quotidianem Typus überstand, trat jedesmal ei
vor dem Eintritt eines Anfalles heftige Aufregung ein und hi
noch zwei Tage nach dem Verschwinden des Anfalles an, wäh
Kranke in den 8—10 Tagen dauernden Zwischenzeiten ruhig

Verf. nimmt an, dass die Entstehung von Geistesstörung
Modificirung des Verlaufes einer schon vorhandenen Psychose
von Intermittens nicht durch Hirnanämie, sondern durch Int
mit Sumpfmiasma zu erklären sei.

Peretti (Ander

---

477. **H. Frölich, Einiges aus dem Gebiete der Hautcult
des Wäschewechsels in Krankenhäusern.** (Deutsche Vie
schrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1881. 225 ff.)

Der Verf. gibt sehr beherzigenswerthe Winke über di
der Haut und über Reinlichkeit in Krankenhäusern. Im b

uf die Nachlässigkeit aufmerksam, mit welcher vielfach die
 Wäsche beseitigt wird, und betont die Gefahr der Luft-
ung und Ansteckung. Es ist erforderlich, auf kürzestem
gebrauchten Wäsche- und Verbandstücke der Desinfection
ung zuzuführen. Der Verf. schlägt vor, Schächte an das
is anzubauen, die von den Krankenzimmern aus senkrecht
inabführen. Auf der Schlachtsohle müsse sich ein beweg-
befinden, das mit Desinfectionsflüssigkeit gefüllt ist.

Wolffberg.

**Georg Guttmann, Erläuterungen zu Dechio's: „Ueber
kungen des Pilokarpin bei Diphtheritis".** (St. Petersb.
Vochenschr. 1881. No. 46.)

liessend an die von Dechio (St. Petersb. medic. Wochen-
19, 20 u. 21) veröffentlichten minder günstigen Resultate
lung der Diphtheritis mit Pilokarpin, betont H. die Uner-
der genauen Befolgung seiner Vorschriften. Der Erfolg
andlungsmethode ist von vielen Seiten bestätigt worden;
 nur dann zu erwarten, wenn man sich strenge an die in
en Schlussfolgerungen ausgesprochenen Vorschriften hält.
arpin innerlich in Dosen von 0,0012—0,0025 gr regelmässig
rbrochen einstündlich Tag und Nacht gereicht, — grössere
wegen der unvermeidlich damit verbundenen üblen Neben-
irrationell, längere Zwischenpausen machen den Erfolg illu-
bringt die ihm eigenthümliche, specifische Wirkung auf die
nd Schleimdrüsen der Mund- und Rachenhöhle, eine vermehrte
sabsonderung, hervor.
 diese werden die specifischen Erscheinungen der Rachen-
die diphtheritischen Beläge und Infiltrate der Rachenhöhle
nd bei frühzeitiger, tagelang bis zur völligen Reinigung der
le fortgesetzte Anwendung auch die Rachenbräune selbst
 geheilt; es bewährt sich demnach Pilokarpin als ein speci-
lmittel gegen diese Krankheit, nur müssen dabei stets, zur
der schädlichen Nebenwirkungen, in ebenso kurzen Zwischen-
tsprechende Mengen feurigen Weines oder Cognak verabfolgt

thatsächlich begründete Einwände, dass tagelange Versuche,
 dieser Vorschrift an einer grösseren Anzahl von Fällen,
wirksamen Pilokarpin-Präparat gemacht, keinen Speichelfluss
Abnahme der Beläge erzielt hätten, sind allein der Beach-
iner ev. Besprechung werth.
bei Laryngitis diphtheritica werden damit Heilerfolge er-
nit keinem anderen Mittel, besonders wenn der Pilokarpin-
xire succ. Glycyrrh. zugesetzt, und bei bereits bestehender
ose, eine subkutane Injektion von 0,01 Pilokarpin vorausge-

schickt wird; bei fehlender Expektorationskraft und Innervatic
könnte noch die Tracheotomie die mechanischen Hindernisse
kopfs überwinden.

Bei septischem Verlauf der Rachendiphtherie endlich
gleichfalls noch sehr günstig durch die sichere Beseitigung
septische Intoxikation bedingenden Stoffe aus der Rachenhöhl

E. Barde

---

479. Cérenville, Note sur l'emploi du lavage de l'estoma traitement du vomissement incoercible et du vomisse phthisiques. Ueber die Anwendung der Ausspülung de bei unstillbarem Erbrechen und dem Erbrechen der Phthisil méd. de la Suisse romande. 1881, Nr. 11.)

C. hat die Ausspülung des Magens verschiedene Male b barem Erbrechen ohne nachweisbare Erkrankung des Magens Erfolge ausgeführt. Der eine betrifft einen 22jährigen Mann sich ein Jahr nach einem heftigen Sturze auf den Kopf Erbr Schwindelanfällen eingestellt hatte. Es bestand weder Ma noch Schmerz in der Magengegend, noch Erweiterung etc. die verschiedensten inneren Mittel, Electricität, Hydrothera bens versucht waren, machte C. Ausspülungen des Magen mit Wasser, später mit einer Maceration von Quassia. Sc 4 Tagen hörten das Erbrechen und die Schwindelanfälle vollst Gleich gutes Resultat hatte C. mit diesem Verfahren Mädchen von 20 Jahren, das an einem parametritischen Ex heftigem Erbrechen ohne nachweisbare Magenerkrankung mussten die Ausspülungen längere Zeit hindurch fortgesetz Bei 2 Phthisikern, von denen der eine Morgens, der ande regelmässig unter krampfhaftem Husten vomirte, brachten spülungen gleichfalls Besserung.

Brockhaus (God

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnellere lung der Referate die Separatabzüge an die Redaction e zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

ntlich.
mfasst
Titel
er.

Centralblatt

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

für

NISCHE MEDICIN.

Redigirt von

H. Rühle, und Dr. D. Finkler,

d Direktor der medicin.
nik in Bonn.

a. o. Professor
der Medicin in Bonn.

15. December. Nro. 35.

veran, De la nature parasitaire des accidents de isme. Ueber die parasitäre Natur der Wechselfieberanfälle. rendus T. XCIII. Nr. 17.)

ute Wechselfieberkranker findet Verf. folgende Elemente:
lindrische an beiden Enden zugespitzte Körper
0,009 mm Länge, 0,003 mm Breite, die farblos sind und
Mitte einen aus röthlichen Pigmentkörnern bestehenden dunk-
eigen. Sie bewegen sich nicht.

phärische Körper, etwa von der Grösse rother Blut-
mit Pigmentkörnern, die in der Ruhe kreisförmig ange-
bei Bewegungen der Körper aber ebenfalls lebhaft sich
Vom Rande der Körper gehen mehrere, den Durchmesser
ellen oft um das Drei- bis Vierfache an Länge übertreffende,

äusserst feine Fädchen aus, die in der Ruhe nicht sichtbar
aber durch ihre Bewegungen deutlich werden und durch
ganzen Körper fortbewegen können. Die Fädchen können s
von ihrem Körper trennen und selbstständig zwischen
körperchen sich fortbewegen.

3. Sphärische oder unregelmässig geformte E
von 0,008 bis 0,01 mm Durchmesser, transparent oder leicht
mit Pigmentkörnchen im Innern. Sie sind unbeweglich, sind
die Zeichen der ad 2 beschriebenen Formen. Zum Untersch
pigmentirten Leukocyten sind sie kernlos und färben sich seh
mit Carmin.

4. Elemente, ähnlich den ad 2 beschriebenen, aber kle
fast so gross wie diese. Sie kommen isolirt oder zu mehr
sammen vor, haften oft den rothen oder weissen Blutkörper
Wahrscheinlich sind sie Entwicklungsformen der unter 1 b
schriebenen Elemente.

Ausserdem fand Verf. noch häufig:

1. Durchlöcherte rothe Blutkörperchen mit Pigmentkö
Innern;

2. Pigmenthaltige Leukocyten;

3. Freie verschieden grosse Pigmentkörner, die wahr
den zerstörten parasitären Elementen entstammen.

Die beschriebenen Gebilde fand Verfasser in 192 Fä
Wechselfieber 148 mal, dagegen nicht bei anderen Krankhe
der Mehrzahl der Fälle, wo die Untersuchung ohne Result
hatten die Kranken eine Cur mit Chinin. sulf. durchgemacht.
trifft man jene Gebilde im Allgemeinen nur zu besonderen Z
vornehmlich kurze Zeit vor einem Fieberanfall und im Beg
solchen.

Lüderitz

---

481. **De St. Germain. De l'obésité.** Ueber die Fettsuc
des hôpitaux, 1881, Nr. 138.)

Die Fettsucht ist eine Krankheit des Fettzellgewebes
ihren Einfluss auf benachbarte Gewebe und wichtige Organe
manchmal zu lebensgefährlichen Beschwerden. Die Krankh
angeboren sein (5—6 kg schwere Neugeborene); in andere
ist sie erblich (bei 22 von 38), ähnlich wie bei bestimmte
racen. Die Frauen sind häufiger der Fettsucht unterworfen
Männer, wegen des geringeren Maasses körperlicher Anstrengu
Unthätigkeit und Alkoholismus sind mächtige Beförderer der F
desshalb werden die meisten Prostituirten fett.

Die Krankheit tritt meist ein zwischen dem 25. und 3
und in der sogen. kritischen Zeit. Die acquirirte Fettsucht ist

als die angeborene. Die veranlassenden Ursachen der Krank- zu reiche Nahrung, Alkoholika (bei Unthätigen), langer

Einfluss der Ehe ist nicht konstant; dagegen nahmen Wittwen t zu, Wittwer ab. Die Rekonvalescenz von schweren Fiebern, ruation, das Quecksilber befördern das Fettwerden; nicht Kastration (im Gegensatz zu Thieren). Dass fette Menschen ig, phlegmatisch u. s. w. sind, lässt sich im Allgemeinen nicht ; man kennt in der Geschichte viele Helden mit starkem it. Orthopnoe, Angina pectoris, Diabetes sind häufig Folgen cht, besonders häufig aber Herzaffektionen. Die erprobtesten vielen im Laufe der Zeit gegen die Krankheit angewendeten d körperliche Anstrengung und passende Diät; die letztern erstern würden den Körper schwächen. An dem Beispiel nnten Arztes weist de St. H. nach, wie die Behandlung, soll haben, beschaffen sein und durchgeführt werden muss.

E. Bardenhewer.

---

er Eade, M. D., F. R. C. P., **Case of Scorbutic Spinal rhagie.** (Brit. Med. Journ. 19. Nov. 1881.)

ntin ist hochgradig scrophulös und hereditär phthisisch be- l hat, wie Verfasser glaubt, in Folge von ungenügender, ässiger Nahrung an Petechien gelitten. Es traten plötzlich erzhafte spasmodische Zuckungen in beiden Beinen auf, die waren, dass eine Wärterin beide Beine gewaltsam nieder- sste. Temp. 100 ° F. Links unten chronische Pleuropneu- n Schmerz längs der Wirbelsäule, Sensibilität an den Beinen cirt. Urin eiweissfrei. Verfasser gab in der Idee, dass es eine Haemorrhagie in die Membranen des unteren Rücken- nittes handele, die auf scorbutischer Blutbeschaffenheit be- onensaft und kleine Mengen von Belladonna und Opium. agen bedeutende Besserung, konnte nach 7 Wochen gehen.

Ludwig (London).

Oebeke (Endenich bei Bonn), **Zur lokalen Gehirnerkran-** (Berlin. Klin. Wochenschr. 1881. No. 32.)

52jähr. von Jugend auf nervöse, aber hereditär nicht be- ne, die schon seit langer Zeit an einer Hyperaesthesie gegen tten, bekam einen apoplektiformen Anfall mit nachfol-

gender dauernder Parese der r. Hand, Sprachstörung, Trübun
Bewusstseins (psychischer Reizbarkeit), akut einsetzende geistig
worrenheit mit Hallucinationen. Diese Symptome machten ei
krankung im sog. motorischen Bezirk der Rinde der l. Grossh
misphäre wahrscheinlich, und zwar musste, da Sprachstörun
Parese zurückgingen, die Laesion nur oberflächlich sein und
Gegend der 3. Frontal- und Inselwindung (Sprachcentrum) u
mittleren Drittels der vorderen Centralwindung (obere Extr
verlegt werden. — Bei der Sektion (Prof. Köster) fand sich
weissen Substanz des r. Kleinhirns eine linsengrosse Erweichu
linken Mandelkern eine kaum linsengrosse apoplektische Höhle,
weissen Substanz des r. Hinterhauptlappens eine verwaschene
Erweichung.

Da bei dem Mangel jeglicher anderen die Innervationss
erklärenden Laesion nur die Affektion des l. Mandelkerns als U
der Parese der r. Hand angesprochen werden kann, scheint es
der motorische Bezirk für die obere Extremiiät nicht nur a
mittlere Drittel der vorderen Centralwindung, obere Hälfte der h
Centralwindung und ev. das Paracentralläppchen beschränkt z
braucht, sondern auch auf den benachbarten Mandelkern ausg
sein kann. Dass überhaupt der Verlauf der motorischen Bah
Gehirn noch nicht erschöpfend festgestellt ist, beweist ein Fa
Honeger, in welchem trotz ausgedehnter Zerstörung der capsu
bei Lebzeiten keine Hemiplegie, überhaupt keinerlei Gehirn-Sym
bestanden hatten. Ob die Erweichung im Mark des Occippitall
mit der allgemeinen Trübung des Sehfeldes und der Empfindl
gegen Licht in Zusammenhang steht, lässt Verf. dahingestellt
anatomische Befund im Kleinhirn hatte im Leben keine Sym
hervorgerufen.

Stintzing (Münch

---

484. **James Russel**, M. D., F. R. C. P., **Tumor of both F
Lobes.** (British Medical Journal 12. Nov. 1881.)

Verf. sah Pat. nur einmal, desshalb ist die Untersuchung
umfassend ausgefallen. Die Hauptsymptome waren: grosse Schläf
und geistige Indifferenz, Stauungspapille beiderseits, Jäger 16.
grade noch gelesen. Keine Lähmungen irgendwelcher Art.
bilität wurde nicht geprüft.

Vor dem Tod, der 6 Wochen später eintrat, Parese des
dritten Hirnnerven. Section ergab: Einen Tumor von der Grösse
kleinen Orange im vorderen Theil des rechten Stirnlappens, e
kleinerer Tumor in dem correspondirenden Theil des linken Stirnla
ein ebenso grosser im rechten Occipitallappen. Gehirn sonst nor

Ludwig (Lond

---

stein und **Kaiser** (Breslau), **Ueber die Gehörsverminderung lossern und Schmieden.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. r. 18.)

Verfasser untersuchten 75 Schlosser und Schmiede, die alle Werkstätte beschäftigt waren und ihr Handwerk von früher und seit vielen Jahren in grösseren Fabriken betrieben s wurden die Hörschärfe jedes Ohres sowie die Knochen-tels der Uhr und des Akumeters geprüft. Zum Vergleiche n die Verf. 36 Maurer von verschiedenen Lebensaltern. von den letzteren nur zwei recht gut hörten, hörte von den und Schmieden nur ein Drittheil „ausreichend gut", d. h. n Flüsterstimme noch auf Entfernung von 3 Metern wahr. war die Gehörsverminderung ganz allmählich eingetreten ufe der Zeit beträchtlicher geworden. (Arbeiter, die von gehörleidend waren, wurden von der Untersuchung ausge-Nur bei der Hälfte der Schlosser und Schmiede war die tung normal. 24% der Untersuchten litten an Ohrensausen ittirendem Charakter, ohne gerade hievon belästigt zu wer-der Mehrzahl derer, die schlechter hörten, fanden sich Ver-am Trommelfell vor; dasselbe war mehr oder minder ein-hnig getrübt, ohne Lichtreflex u. s. w. — Die Verf. leiten verminderung von dem Geräusche der Arbeit ab und ver-e Affection des Hörnerven in Folge von Ueberreizung durch Erschütterung.

Wolffberg.

B. Fränkel, Ein Fall von Worttaubheit. Vortrag in der . der Charité-Aerzte. (Berl. Klin. Wochenschr. 1881, No. 35.)

59jähr. Schneider wurde plötzlich unfähig, ein Wort auszu-der zu schreiben und Gesprochenes oder Geschriebenes zu ohne sonst eine Lähmung zu zeigen. Dabei erfolgten alle lungen mit Ueberlegung und Vernunft; nur schien er leich-üden und schlief lange. Nach einigen Wochen fing er wieder chen und später zu schreiben. Zur Zeit ist die Sprache Dagegen ist er noch wenig befähigt, Gesprochenes zu ver-ährend er jedes Wort nachsprechen kann (Intaktheit des Worte wie Scheere, Tisch, Haus etc. werden begrifflich anden, manche Worte mit ähnlich klingenden verwechselt. Mittel, die Vereinigung zwischen dem gehörten Wortbild und nten Begriff wieder zu Wege zu bringen, werden erwähnt: des Gegenstandes, wiederholtes Aussprechen des nicht ver-Vortes von Seiten des Patienten, um durch die Thätigkeit des n Sprach-Apparates sich an den Begriff zu erinnern; endlich r Pat. das begrifflich nicht erfasste Wort, sobald er es nieder-

schreibt. Das Experiment des Vorzeigens braucht nur mehrm
macht zu werden; weiterhin versteht der Kranke das Wort von
Es nimmt also die Fähigkeit Gehörtes zu verstehen durch Uebu
Die Worttaubheit ist auch in der That geringer geworden.
psychische Störungen lassen sich ebensowenig nachweisen, wie
rische oder sensible Lähmungen.

Diesen Fall von reiner Worttaubheit analysirt F. nac
Kussmaul'schen Schema folgendermassen. Die Wege vom
zum sensorischen Centrum und zum Begriffs-Centrum, sowie v
aus zurück zum sensorischen Centrum und zu dem motorische
trum für die Coordination der Lautbewegungen zu Lautwörtern
demjenigen der Schriftzüge zu Schriftwörtern sind intakt, desg
der Weg vom Acusticus bis zum sensorischen Centrum der Lau
sowie von letzterem zu den motorischen Centren für Lautbewe
und Schriftzüge und endlich die Wege des Begriffs-Centrums
drei letztgenannten. Dagegen muss zwischen dem sensorischen C
für Lautbilder und dem Begriffs-Centrum eine Störung angen
werden (s. die Abbildung).

Stintzing (Münc

---

487. **Dr. H. Wette, Hemiatrophia facialis progressiva.** (A
der städt. allgem. Krankenhäuser zu München 1881, S. 600.)

Verf. veröffentlicht einen neuen typischen Fall von totale
seitiger Gesichtsatrophie, welchen von Ziemssen vor einigen
beobachtet hat, sowie die Revisitation eines von Romberg be
benen Falles, und stellt alle bis jetzt publizirten Fälle tabellari
sammen.

Der erste Fall betrifft ein 12-jähr. Mädchen, bei welch
Abmagerung und Verkleinerung der r. Gesichtshälfte seit 4 ½
entstand, mit Zuckungen in den Schläfen- und Backenmuskel
Kauen einherging und gegen das 10. Jahr ihren Stillstand er
Die Atrophie betrifft die sämmtlichen Theile der r. Gesichtshäl
sehr auffällig und schneidet genau mit der Mittellinie ab. Die
ist furchenartig vertieft, die Schläfengegend tief eingesunken, die
trockene Haut liegt unmittelbar dem Knochen auf, sämmtliche G
knochen erheblich kleiner als links, die rechte Lidspalte klein
die linke, das r. Auge tief in der Orbita, der rechte Nasenflüg
kleinert, die r. Hälfte der Lippen schmäler und dünner, der
Gaumen rechts gewölbter und schmäler als links. Zunge und
Sinnesfunktionen, Sekretion der Thränen-, Speichel- und Schweiss
Temperatur, Pulsation beiderseits gleich und normal. Der übrige
vollkommen symmetrisch.

Wie viele der früheren, so bietet auch dieser neue Fall
zur Erklärung der Pathogenese. Es mag in einzelnen Fällen

die halbseitige Gesichtsatrophie, wie manche Autoren be-
it einer Sympathicusaffektion zusammenhängt — in 90%
Verf. nachweist, die Anhaltspunkte für eine solche Auf-
ass die Affektion eine unheilbbare ist, dafür spricht u. A.
Jahren bestehende Romberg'sche Fall, den W. gemein-
it v. Ziemssen untersucht hat. Seit der ersten Beobachtung
mberg'schen Klinik, wo der Kranke erst 9½ Jahre zählte,
durch die Ausbildung der r. gesunden Gesichtshälfte noch
worden. Als speciellere Veränderungen wurden hervorge-
en der Barthaare, der meisten Zähne, einige weisse Kopf-
ge Entwicklung des Ohres auf der atrophischen Seite, so-
rungen am Auge, die mit grosser Wahrscheinlichkeit auf
gszustand des Sympathicus hindeuten. Das l. Auge liegt
der Orbita, Conjunctiva stark injicirt, Pupille erweitert,
eagirend, Lider dünner, Cilien spärlicher wie rechts. Oph-
ch stark injicirte Gefässe, auf der Macula ein ovaler Pig-
it weissem Hof, Papille mit verwachsenen Grenzen, Augen-
rechts normal, Sehweite und Sehschärfe links herabgesetzt.
rund von 43 aus der Literatur zusammengestellten Fällen
t Verf.:

otale halbseitige Gesichtsatrophie
aller Theile (24 Fälle), wobei betroffen sind Haut, Panniculus, Muskeln, Knochen des Gesichts incl. Stirnbein, Knorpeln der Nase, Lider und des Ohres, Gebilde der Mundhöhle und Haare, Enophthalmus.
nur der Weichtheile: Haut, Fett, Muskeln und Haare (7 Fälle);
artielle halbseitige Gesichtsatrophie
der Knochen und Weichtheile (4 Fälle),
der Haut und des Unterhautzellgewebes (7 Fälle).

chluss werden die einzelnen Symptome, die Komplicationen
ischen Momente nach ihrer Häufigkeit erörtert. Die De-
e photographischen Abbildungen der beiden beschriebenen
Orig.

Stintzing (München).

**Moriz Meyer, Ueber schmerzhafte Druckpunkte, als
spunkte der galvanischen Behandlung.** Vortrag in der
nediz. Gesellsch. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 31. 1881).

e wiederholt von ihm selbst, früher auch schon von Re-
gehobene diagnostische, prognostische und therapeutische
chmerzhafter Druckpunkte und zwar nicht nur an der Aus-
us der Wirbelsäule, sondern auch bisweilen im Nerven-
r an einer Stelle im Verlauf des Nerven, oder an einer

Eintrittsstelle in den Muskel, auf's Neue klar zu legen, thei
folgende Fälle mit.

1. Herr Prof. Westphal litt an neuralgischen Schme
R. Oberarme und war nach den üblichen Methoden erfolglos
Elektrizität behandelt worden. M. constatirt einen im obere
des R. Plexus brachialis oberflächlich gelegenen Druckpunkt.
der ersten Sitzung einer Anodenbehandlung (10 El.) erfolgte
liche Verminderung, nach 5 Sitzungen völlige Beseitigung von
und Druckempfindlichkeit.

2. Bei einem 14jährigen Pat. bestand seit 9 Monaten
im 4. Spatium interosseum der R. Mittelhand, der sich allmä
Verlauf des N. radialis über Unter- und Oberarm ausbreitete
Schreiben, Löffelhalten etc. unmöglich machte. Wochenlang
trische Behandlung des Unterarms blieb ohne den geringsten
M. fand im äusseren Winkel des Plexus brachial. eine klei
dickte, bei Druck schmerzhafte Stelle. Nach der 17. Sitzung
schriebenen Behandlung war Pat. anscheinend geheilt. Ein
wahrscheinlich bedingt durch schlechte Federhaltung, wurde
gleiche Weise und durch Schreibunterricht soweit beseitigt, das
dings nur bei anhaltenden Anstrengungen Schmerzen, jedoch
geringerer Dauer und Heftigkeit, auftraten.

3. Eine 19jährige Pat. hatte in Folge der Operation eine
beines auf dem R. Capitulum ulnae mit nachfolgendem Druck
sich einen Schmerz zugezogen, der im 4. Metacarpalraum be
und dem Ram. vol. superf. des N. ulnar. folgend, sich bis zu
bogen und zeitweise bis zur R. Halsseite erstreckte und sie
weiblichen Beschäftigung unfähig machte. Nach über 2jähri
wendung der verschiedensten therapeutischen Massnahmen, k
in Verf.'s Behandlung, der eine auffallende Empfindlichkeit bei
auf die untere Parthie des Plex. brachial. entdeckte und den
als eine durch den Druckverband verursachte Neuritis ascenden
ulnar. auffasste. Anodenbehandlung der schmerzhaften Stelle b
nach wenigen Sitzungen Besserung, nach 54 Sitzungen völlige

Diesen Fällen von Neurosen werden einige auf die gleic
erfolgreich behandelte Fälle von Migräne und Spasmus faciali
von traumatischer Neuritis angereiht.

4. Bei einer 27jähr. Frau, die seit vielen Jahren an
anfällen litt, fanden sich die Proc. transversi der obersten Ha
beiderseits empfindlich. Hier wurde der positive Pol, der
aber in der fossa auriculo-maxillaris (beiderseits) aufgesetzt.
fälle liessen nach einer Anzahl von Sitzungen an Heftigkeit u
figkeit nach, so dass Pat. nach 35maliger Behandlung entlasse
Als das Leiden später in Folge von Aufregungen und Anstre
wiederkehrte, bewährte sich die wiederholte Behandlung von

5. Klonischer rechtsseitiger Gesichtskrampf, seit mehre
naten bestehend. Kleine schmerzhafte Anschwellungen über d
transversi des 3. und 4. R. Halswirbels, auf deren Druck der
sofort stand. Durch Anodenbehandlung dieses nach 37 Sitzun
vollkommene Heilung. Recidiv im Gefolge einer Pneumonie
setzung der Behandlung bewirkte in 23 Sitzungen dauernde

rch Auffallen auf eine Stufenkante bekam eine Pat. Schmer-
nneren Schulterblattrande, die immer heftiger wurden, sich
Oberarm verbreiteten, das Athmen erschwerten, Spannen
ltergegend und Mattigkeitsgefühl im Arm erregten etc.
2 Jahren fand M. schmerzhafte Spannung des etwas ge-
R. M. rhomboideus, Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die
Punkte für die Mm. rhomboid. und serratus ant. mai. am
de des Cucullaris. Auf die beiden Punkte wurden die
getheilten Anode applizirt. Nach 33maliger Einwirkung
Heilung.
slich wird noch folgender Fall erwähnt. Ein sehr ner-
litt seit 15 Jahren in Folge von Ueberanstrengung beim
m Gebrauch des L. Armes an einem Gefühl der Schwäche,
nit einem Gefühl von Beengung auf der L. Thoraxseite,
: häufigem nüchtern schmeckendem Aufstossen verbunden
r Druck auf den Proc. spinosus des 7. Halswirbels rief
d Singultus hervor, schmerzhaft war aber auch der Druck
Ursprungsstellen des L. Phreniscus entsprechenden Proc.
Nach 9 Sitzungen war der Singultus beseitigt, das Be-
gefühl hatte sich fast ganz verloren etc.
uffindung schmerzhafter Druckpunkte und ihre therapeu-
erthung ist also von grossem Werthe, selbst in Fällen
n, in denen jeder Anhaltspunkt für Entstehung und Be-
hlt. Verf. räth, immer mit möglichst schwachen Strömen
l.) zu operiren.

Stintzing (München).

I. Schüssler (Bremen), Zur Dehnung der Ischiadici bei arkskrankheiten. (Berl. Klin. Wochenschr. 1881. No. 30.)

rerwahrt sich gegen den Vorwurf Langenbuch's (Berl.
nschr. 1881. No. 26), als hätte er des letzteren Verdienst
den ersten Anstoss zur Dehnungstherapie bei Tabes gege-
n. Es hätte sich vielmehr in seinem Aufsatz (Centralbl.
eilk. 1881, No. 10) nur um eine andere Auffassung eines
ch'schen Falles gehandelt. In diesem Falle, den Langen-
ne noch nicht in's Rückenmark fortgeschrittene Affektion,
unktionelle RM - Erkrankung (Spinal-Neurose) bezeichnet
ch der Operationseffekt ein abweichender gewesen: sensible
ie schon in den nächsten Tagen verschwand; während in
trotz intensiverer Dehnung sofortige Wiederkehr der Sen-
bachtet wurde. Dieses verschiedene Verhalten der Sensi-
der Dehnung habe Langenbuch ignorirt. Einen Priori-
h aber habe Verf. um so weniger erheben können, als schon
ch mehrere andere Autoren Dehnungen bei Tabes veröffent-

licht hätten. Ein Fall von Erlemeyer habe ihn erst a
die bis dahin noch nicht in einer Sitzung ausgeführte höchst i
doppelseitige Ischiadicusdehnung vorzunehmen. Diese letztere
empfiehlt Sch. nach seinen weiteren Erfahrungen nicht nur bei
strang-, sondern auch bei Seitenstrangsklerose und bei Myelit
Tabes sah er ganz verschwinden oder sich wesentlich besse
Kältegefühl, die Anaesthesie, die Ataxie, die Schmerzen auch
Händen und Armen, das Gürtelgefühl, die Blasen- und Mastdarml
die Pupillenstarre, die Parese des Oculomotorius und Facia
Anaesthesie der Stirn, und er hält eine günstige Beeinflussung
ginnenden Amaurose bei Tabes durch die Dehnung nicht für
lich: Ebenso warm aber empfiehlt Sch. die von ihm gewählt
unter der Glutaealfalte. An dieser Stelle, die mechanischen u
mischen Insulten am meisten ausgesetzt ist — und Erkältunge
doch in der Aetiologie der RM-Krankheiten eine grosse Rolle
— muss vorwiegend eine Erkrankung der Nervenscheiden o
venstämme zu Stande kommen. Verf. fand selbst unter 18 F
dieser Stelle 14 mal eine Affektion der Ischiadicusstämme. Als
Grund für die Wahl der genannten Operationsstelle wird di
genheit angeführt, die durch eine abnorm hohe Theilung de
dicus (bis hinauf zur Glutaealfalte) verursacht werden könne.

Stintzing (Mün

---

490. **J. Goltstein** (Breslau), **Beitrag zum Asthma idiosync**
(Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. Nr. 15.)

Bekanntlich sind in neuer Zeit Beziehungen zwischen Af
der Nasenschleimhaut und dem Asthma nervosum nachgewiesen
Der Verf. beschreibt einen Fall, in welchem bei einem an chr
Schnupfen leidenden Pharmaceuten regelmässig während des V
von Ipecacuanha-Pulver asthmatische Anfälle auftraten. Durch
Tamponade der Nase konnten die Anfälle sehr gemildert un
ganz verhütet werden. Der Vf. stimmt in den von Schäffe
ausgesprochenen Wunsch ein, dass in allen Fällen von nervösem
eine Untersuchung der Nasenhöhlen vorgenommen werde.

Wol

---

491. **O. Fräntzel, Ueber Galopprhythmus am Herzen.** (Z.
Med. Bd. III. 3. S. 491.)

Das im Ganzen wenig gewürdigte (Potain Johnson Bar
deutschen Autoren fast vollständig vernachlässigte, in Auffass
Deutung noch immer nicht klar gestellte auscultatorisches Ph

hythmus am Herzen besteht nach F. „in dem Auftreten
ztönen während einer Herzaction, von denen 2 auf die Dia-
nen, und welche in ihrem Rhythmus analog sind dem aus
gehörten Hufschlag eines galoppirenden Pferdes.“
ccent liegt dabei auf dem ersten diastolischen Ton (⏑⏑́⏑)
ähnlichen auscultatorischen Erscheinungen — dem diasto-
pelton, welcher bei Hypertrophie und Dilatation der Ven-
die Contraction der Vorhöfe entsteht; dem gebrochenen
Ton bei hoher Spannung in den Pulmonalarterien und
m, über den Ostien dieser Gefässe; dem diastolischen Dop-
Mitralstenose — mit denen dieses Phaenomen verwechselt
nte und bei denen der Accent zumeist auf dem systolischen

Galopprhythmus am Herzen, welcher über der ganzen Regio
chmässig verbreitet zu hören, ist ein Phaenomen, welches
Auftreten grosser und gefährlicher Herzschwäche erscheint
signum malum angesehen werden muss.“
eobachtung kam der Galopprhythmus bei acuten Krankheiten,
us (24 mal), bei Pneumonie (15 mal), Typhus exanth., Scar-
arthritis rheum., Angina diphtheritic., acuter Lungengan-
Miliartuberculose, meist den Erscheinungen drohender Herz-
nd des Kräfteverfalls vorausgehend und dieselben beglei-
en lethal verlaufenden Fällen waren bemerkenswerthe ana-
ränderungen meist am Herzen nicht nachzuweisen. Zu den
Krankheiten, bei denen Galopprhythmus notirt wurde, ge-
. Nierenkrankheiten, besonders die interstitielle Form, mit
e und Dilatation des L. Ventrikels schwankenden Grades;
Erkrankungen der Respirationsorgane mit Vergrösserung
und Cachexie, zweimal auch bei idiopatischer Vergrösse-
Herzhälften.
auch ganz unabhängig von anatomisch nachweisbaren Herz-
fand sich Galopprhythmus bei hochgradiger Anaemie, Blut-
erniciöser Anaemie, Krebscachexie, Morbus Addisonii.
Erklärung des Phaenomens sowie der Erscheinung des nur
ässig seltenen Auftretens bei Herzschwäche ist z. Z. noch
ben.

Hindenlang (Freiburg).

---

r, De la desquamation épithéliale de la langue. Ueber die
schilferung der Zunge. (Rev. med. de la Suisse romande.
. 10 und 11.)

resumirt zunächst kurz die nicht sehr reichhaltige deutsche
ische Litteratur über die qu. Erkrankung. Während man
rmen derselben allgemein annahm, stellt er 3 auf und gibt

für die einzelnen charakteristische Krankheitsgeschichten the
theils fremder Beobachtung mit erläuternden Abbildungen
Formen haben das gemeinsam, dass nur der epitheliale Ueb
Zunge in den Process hineingezogen ist, während diese sel
intact bleibt, dass es sich immer nur um epitheliale Desquan
um Erosions- oder Geschwürsbildung handelt, dass dabei r
rothgefärbte, glatte, des Epithels beraubte Stellen mit rund
buchteten, unregelmässigen Contouren und begrenzt von wei
gelblichen Rändern sich bilden, welche gewöhnlich den Rü
die Ränder der Zunge einnehmen. Der Verlauf dieser Affe
meist ein chronischer, mit Wiederkehr derselben Erschei
regelmässigen Zwischenräumen. Die mikroskopische Untersu
geschabter Epithelfetzen ergab in allen drei Formen nur
Zellen in den verschiedenen Stadien der Verhornung, Fragi
Papillen, embryonale Zellen in grösserer oder geringerer Meng
und Fäden von Leptothrix buccalis, feine Körnchen aus c
Schleim, nie aber eine für diese Affection specifische Pilzf
erste Form (Pityriasis linguae, Rayer) zeichnet sich dadurch
die von Epithel entblössten Stellen wie mit einem Locheis
schlagen erscheinen und keine verdickten Ränder haben. Si
entweder in runder oder ovaler Form den Rücken der Zung
Form von Halbkreisen die Ränder derselben ein. Sie zeig
Neigung sich zu vergrössern; sie verändern sich in der W
allmählich die Unterschiede in Farbe und Niveau zwische
Epithel entblössten rothen Stelle und ihrer weisslichen oder
gelblichen Umgebung mehr und mehr verschwinden und
3—4 Wochen nicht mehr zu bemerken sind. Dann beginnt
cess in gleicher Weise von Neuem. G. hat 11 Fälle d
beobachtet, darunter 3 Fälle bei erwachsenen Frauen im Verl
fieberhafter Erkrankungen. Hier nahm auch die epithelial
mation einen acuten Verlauf und hörte mit vollendeter Heilun
auf. Bezüglich der Aetiologie ist zu erwähnen, dass die m
von G. beobachteten Fälle von Geburt an schwächliche o
Krankheiten heruntergekommene Kinder betrafen. Die zw
(forme à contours festonnés nach G.) zeichnet sich aus durch
artige Verdickung ihrer Ränder. „Man sieht zuerst auf den
rücken in der Nähe der Spitze einen kleinen weissen Fleck von
Durchmesser, der etwas über die benachbarten normalen
hervorragt. Am nächsten Tag findet man an derselben St
kleinen Ring von wenigstens doppeltem Durchmesser, in de
trum sich das Epithel abschilfert. Dieser weisse verdickte
seinem rothen Centrum vergrössert sich allmählich und rü
die Basis der Zunge vor, während ähnliche Ringe in derselb
und mit derselben Tendenz der Vergrösserung sich in seiner U
bilden. Durch den Zusammenstoss verschiedener Ringe entst
mannigfaltige Contouren. Die von Epithel entblössten Stellen
indess nie eine grosse Ausdehnung, indem die Wiederbede
Epithel sehr bald beginnt und ebenfalls von der Spitze nach
zu fortschreitet. In 8—10 Tagen hat der Desquamationspr
über die ganze Zunge verbreitet, aber noch ehe er die Basi

chon an der Spitze ein neuer Turnus. G. hat 46 Fälle
:usammengestellt, von denen die meisten von Parrot
d, 22 betreffen Kinder unter einem Jahre. Parrot ist
ass die Syphilis eine grosse Rolle bei dieser Affection
· in einer beträchtlichen Zahl der Fälle hereditäre Lues
onnte. Da aber eine specifische Behandlung erfolglos
., dass die Syphilis dabei keine andere Bedeutung habe,
chwächende Allgemeinerkrankungen, z. B. Tuberculose,
c. Diese Form macht ebenso wie die erste weder
ch Functionsstörungen beim Kauen etc. Die 3. Form,
noide, ist dadurch charkterisirt, dass sie mit einer Ab-
Epithel in Form einer über die ganze Zunge verbreiteten
n beginnt. Die Desquamation fängt an der Basis an
gegen die Spitze vor, aber viel langsamer als bei der
so dass sie dieselbe erst in etwa 20 Tagen erreicht.
ist die Art und Weise, wie die Desquamation erfolgt,
lbe wie bei jener; es entstehen dieselben ausgebuchteten,
gen Contouren mit verdickten Rändern. Der Verlauf ist
nischer. Aetiologisch ist bemerkenswerth, dass Moeller
ı 5mal das gleichzeitige Vorhandensein von Taenien con-
lass in einem Falle mit dem Verschwinden der Band-
e nach einer scheinbar gelungenen Kur auch die
squamation der Zunge aufhörte, um mit dem Wiederein-
steren wieder zu beginnen. Diese dritte Form macht
m Kauen und bei der Berührung mit salzigen oder ge-
en. Die Prognose ist bei diesen Affectionen der Zunge
rtnäckigkeit, da sie uns wenige oder keine Beschwerden
da man ernstere Erkrankungen nie aus ihnen hat ent-
eine günstige zu nennen. Die Behandlung muss eine
irende sein; weder locale noch die gegen die supponirte
e specifische Behandlung war bisher von Erfolg.

Brockhaus (Godesberg).

ł uareschi, Della R. Università di Torino, **Osservazioni un cas di Chiluria.** Ein Fall von Chilurie. Chemische
gen. (Archivio per le scienze Mediche. Vol. V. Nr. 12.)

e von Chylurie in den gemässigten Klimaten gehören
heiten; in der That sind davon sehr wenige Fälle in
eben worden. Prof. Guareschi theilt die Ergebnisse
einem ihm von Prof. Comato verschafften Harne ange-
sen mit. Die Patientin war eine 28 Jahre alte Frau am
e der Schwangerschaft, welche seit zwei Monaten vor
rschaft in guten allgemeinen Bedingungen einen allmählich
verdenden Urin zu entleeren anfing. Bemerkenswerth

war es, dass solch' ein Charakter nur dem Harne zukam, Pat. in vertikaler Stellung entleert wurde, während der in Lage entleerte Urin die Charaktere eines vollständig norm behielt. Der chylöse Urin reagirte leicht alkalisch. Spec. 1017 (15 °); enthielt Fibrin, Eiweiss und Blutkörperchen. D Analyse der aus dem Urin extrahirten Fettsubstanz ergab: Lecitin, eine flüssige (Olein?) und eine feste Fettsubstanz Palmitin). Verf. glaubt nicht, dass die Anwesenheit des im Harne symptomatisch, wie Beale meint, der Leberf sei, indem sie eine im Organismus sehr verbreitete Substa immer da gefunden wird, wo Lecitin und Blutkörperchen sind. Man kennt nicht den Ursprung der Fettsubstanzen und Bence Jones beobachtete in den von ihm beschrieb keine Vermehrung der Fettsubstanzen im Blute.

Graziade

---

494. **Clement Dulles,** M. D., M. R. C. P., Physician School, **The Albuminuria of Adolescents, often the Be Brights Disease (?).** Ist die Albuminurie junger Leute Anfang des morb. Brighti? (British med. Journ. Nov.

Verfasser hat als Assistent an der berühmten Schule viel Gelegenheit, den Urin von jungen Leuten zu untersuch schon früher die Ansicht ausgesprochen, dass der während tät so häufig auftretende Eiweissgehalt des Harns oft das e eines beginnenden Morbus Brighti ist. (Brit. Medic. Journ. 3 Symptome sind: Kopfweh morgens, Dispepsie, Schwäche, verm druck. Microscopisch kleine Cylinder oder Zellen. Eiwei termittirend aber Jahre lang zu beobachten, schwindet b und Milchdiät, kann aber durch reichlichere Nahrung und nach Belieben wieder erzeugt werden. Die Pathologie standes ist Nierenhyperaemie, die Ursache Heredität ode gangenes Scharlachfieber. Bei vielen Jünglingen ist die nur vorübergehend, bei vielen jedoch glaubt der Verfasse zu müssen, dass er in chronischen Morbus Brighti übergeh

Ludwig

---

495. **Rich. Fleischer** (Erlangen), **Ueber eine neue For moglobinurie beim Menschen.** (Berl. kl. Wochenschr. 18

Ein 23jähriger Soldat von kräftigem Körperbau, gefärbter Haut und Schleimhäuten, war, ausser einer regel laufenden Pneumonie im März 1880, nie krank und ertrug d

ı Herbst 1880 ohne Beschwerden. Im Februar 1881 be- ohne jede Störung des Allgemeinbefindens, nach einem an- Feldmarsch zum erstenmal blutig gefärbten Harn, der bend desselben Tages wieder hell war. Seitdem trat nach ltenden Gehen dieselbe Verfärbung des Harnes ein, eine ellen Laufens genügte dazu. Aufnahme in die Klinik im Die specielle Untersuchung des Pat. ergiebt in keinem Or- bweichung, Harn und Blut verhalten sich normal. Nach marsch im Bataillon entleert Pat. dunkel roth gefärbten, en Harn. Derselbe enthält mässig Eiweiss, keinen Zucker, enfarbstoff. Die Heller'sche Blutprobe ergiebt ein positives m Spectrum finden sich die Streifen für Oxyhaemoglobin moglobin; microscopisch zeigen sich reichliche Haufen von lben Haemoglobintröpfchen, keine rothen Blutkörperchen, ylinder, keine Vermehrung der Epithelien. Pat. fühlt sich genaue Untersuchung seiner Organe und des Blutes er- jetzt völlig normale Resultate. Die nächste Harnentleerung its helleren, schwächer eiweisshaltigen, die Abendentleerung alen Harn. Derselbe Versuch wurde vielfach wiederholt, demselben Resultat; sowie das Haemoglobin verschwunden auch das Eiweiss.

e Einflüsse, ausser dem angestrengten Gehen, erzeugten ormen Harn. Zweistündiges Holzsägen, Schwitzen nach de und Pilocarpin, kalte Luft, kaltes Bad, Reizung der ch Biertrinken, Milchsäure, Phosphorsäure, kohlensaures chten keine Haemoglobinurie zu Stande. Am Tage der nurie fand sich die Harnstoffmenge vermindert, am folgenden r normal. Als Ursache der Haemoglobinurie muss in diesem reine primäre Bluterkrankung betrachtet werden.

R.

---

chhorst, Ueber das Vorkommon von Zucker und zucker- n Substanzen in pleuritischen Exsudaten. Ztschr. f. klin. 3. S. 537.

urch eine Probepunction bei einem pleuritischen Exsudat ent- lüssigkeit erwies sich frisch untersucht zuckerfrei. Nach ı Stehen der Proben war jedoch vollständige Reduction des getreten, und zeigte auch der Rest der Probeflüssigkeit mit r Lösung prompte Zuckerreaction.

Beobachtung gab dem Verf. Veranlassung, auf das bisher htete und gekannte Vorkommen von Zucker und zucker- ubstanzen in pleuritischen Exsudaten zu achten und darauf Untersuchungen anzustellen. Die bei 17 Fällen von Pleu- t. serosa gemachten Erfahrungen führten zu folgendem

1. Dass es zuckerhaltige Exsudate giebt (10 Fälle = 58, denen nach Entfernung des Eiweiss Fehling'sche Lösung sofor wurde; dieselbe Beobachtung wurde auch in einem Fall von rhagischer Pleuritis gemacht.

2. Dass es fermenthaltige Exsudate gibt mit zuckerbilde stanz (2 Fälle = 11,8%). Frisch untersucht erweisen sich die zuckerfrei, doch tritt bei Jod-Jodkalizusatz in der enteiweisste keit eine intensiv blauviolette Färbung auf (zuckerbildende Glykogen), deren Intensität während einiger Zeit noch zunim längerem Stehen der Exsudatflüssigkeit kann diese Reaction ni hervorgerufen werden, hingegen tritt jetzt prompte Zuckerrea

3. Dass zuckerfreies und fermentfreie Exsudate vorkomme = 29,4%), bei denen durch Jod-Jodkali zuckerbildende Subst gewiesen werden kann, welche aber nicht spontan, während Stehenlassens, sondern erst durch Zusatz eines diastatischen — zuckerfreier Speichel — in Zucker übergeführt wird, welc verschiedene Proben nachgewiesen werden kann, und wobei Jodkalireaction eingebüsst wird.

Weitere Untersuchungen zeigen, dass hier nicht etwa ment durch das Kochen beim Enteiweissen der Exsudatflüssi stört wurde.

Die Krankengeschichten der 18 Fälle sind, in diese 3 eingereiht, ausführlich mitgetheilt.

Hindenlang (Fre

Neue Bücher.

Briand, Leçons de clinique médicale. Paris, Doin. 4 fr.
Cadet de Gassicourt, Traité clinique des maladies de l'enfan deuxième. Avec 100 fig. dans le texte. Paris, Doin. 13 fr.
Dujardin-Baumetz, Leçons de clinique thérapeutique. Deuxi Fasc. 2. Traitement des maladies du Poumon. Paris. Doin. 7 f
Fürbringer, Ueber Spermatorrhoe und Prostatorrhoe. (Samm Vorträge 207.) Leipzig, Breitkopf & Härtel 75 Pf.
Gerhardt, Ueber einige Angioneurosen. (Sammlung klin. Vort Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.
Giraud-Teulon, La vision et ses anomalies. Cours théorique e sur la physiologie et les affections fonctionnelles de l'appareil Paris, J. B. Baillière et fils. 20 fr.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnellere lung der Referate die Separatabzüge an die Redaction e zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

ntlich.
mfasst
Titel
er.

Centralblatt
für
NISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

H. Rühle, und Dr. D. Finkler,

l Direktor der medicin.
nik in Bonn.

a. o. Professor
der Medicin in Bonn.

17. December. Nro. 36.

ey, Expériences publique sur la vaccination du charbon tique, faites à Chaumont (Haute-Marne) le 26. Septem- Die zu Chaumont über die Schutzimpfung des symp-en Milzbrandes angestellten Versuche. (Comptes rendus . No. 14.)

aumont (Departement Haute-Marne) wurden von 25 jungen pfungen mit dem Virus des symptomatischen Milzbrandes n. Nach den Untersuchungen von Arloing, Cornevin . s erzielt man durch Injection des Giftes ins Bindegewebe n Symptome dieser Krankheit: eine rapid zunehmende An- welche durch serös-blutige Infiltration und durch Gasent- n den Geweben bedingt ist. Ganz anders, wenn das Gift lut, in eine Vene eingeführt wird: hierdurch entsteht nur es ephemeres Fieber, gleichzeitig jedoch Immunität gegen schwere Infection.

Von den 25 Versuchsthieren waren 13 einige Monate f
Februar, mittelst Injection des Giftes in die Jugularvene i
macht worden. Diese Thiere wurden mit den 12 anderen zu
vereinigt; und je zwei solcher Thiere wurden mit dem Inhal
derselben Pravaz'schen Spritze in der Weise inficirt, dass j
beiden Thiere die halbe Menge des Giftes in die Muskeln a
neren Schenkelfläche injicirt wurde. Sodann wurden die v
Thiere von den nicht vaccinirten getrennt.

Schon Tags darauf (27. Sept.) war das Resultat frap
nicht vaccinirten Thiere waren mit Ausnahme eines einzigen
erkrankt. Nach 3 Tagen waren 9 von ihnen an symptomatiscl
brand gestorben, 2 andere schienen sich wieder zu erholen, e
gesund. Betreffs dieses letzteren stellte sich heraus, dass es
Stalle herstammte, in welchem ein Jahr vorher die Krankheit
hatte: dieses Thier hatte sich also damals spontan vaccinirt.
im Februar vaccinirten Thiere blieben völlig gesund.

Zur Erläuterung der Annahme einer spontanen Vaccir
merkt Verf., dass hierzu eine Beobachtung mancher Landw
tiger Gegend in Beziehung stehe: es sei nicht nöthig, Thier
bereits das 3. oder 4. Lebensjahr überschritten hätten, zu v
da der Milzbrand nur unter den jüngeren Thieren wüthe.

Zur Controlirung dieser Angabe wurden 2 Rinder — ei
rige aus einer Milzbrandgegend (Bassigny) stammende Kuh
zweite ebenso alte, die aber aus gesunder Gegend stammte –
gleichen Menge des gleichen Giftes gleichzeitig geimpft: die
Bassigny blieb gesund, während die andere an symptomatiscl
brand zu Grunde ging.

Nach Verf. ist es daher sehr wahrscheinlich, dass in epi
und epizootischen Krankheitsperioden die Immunität einzelner I
aus spontaner Vaccination zu erklären sei.

Lüderitz

498. **Evers** (Dresden), **Impfung und Pocken.** (Deutsche
jahresschr. für öffentl. Gesundheitspflege. 1880. 588 u. 18

Der Verf. hat mehrmals in den ihm angewiesenen Mu
bezirken alle zum Erstenmale sich zum Heere gestellende
Leute auf Impf- und auf Pockennarben untersucht, und zw
1880 im Bezirk Döbeln. Von 832 zwanzigjährigen Männe
774 deutliche Impfnarben und von diesen 10 deutliche und
liche Pockennarben. 58 waren nicht oder ohne Erfolg gein
diesen hatten 32 deutliche und 10 zweifelhafte Pockennarben.
also (unter Beiseitelassung der zweifelhaften Fälle) 42 mal me
geimpfte von Pocken befallen gewesen als Geimpfte. Im
Jahre wurden in den Bezirken Freiberg und Glauchau alle

1861 geborene Militärpflichtige untersucht. Von 2638 Leuten hatten 2368 deutliche Impfnarben, von diesen 28 deutliche Pockennarben; unter 270 Leuten, die keine Impfnarben zeigten, hatten 199 deutliche Pockennarben; d. h. es waren 62 mal mehr Nichtgeimpfte von Pocken befallen gewesen als Geimpfte.

Wolffberg.

---

499. **John Ruxton**, M. B., **Case of Hydrophobia; Recovery**. (British Medical Journal, 19. Nov. 1881).

Ein sechsjähriger Knabe wurde zu Pestawur in Indien von einer wüthenden Hündin gebissen. Die sehr ausgedehnten Verwundungen am rechten Bein wurden mit rauchender Salpetersäure geätzt, später mit Carbolöl verbunden. Genau einen Monat später erkrankte Patient mit Fieber und Bewusstlosigkeit. Zwei Tage später Anfälle mit wildem Aufschreien, Convulsionen, Wasserscheu; die Anfälle werden auf die geringste Veranlassung hin hervorgerufen. Die Behandlung bestand bis dahin, da die Diagnose noch nicht absolut sicher war, in hydropathischer Einwickelung und Diaphoreticis. Verfasser, der früher an sich selbst die vorzügliche narcotische Wirkung der Cannabis Indica erprobt hatte, kam auf die Idee, dieselbe als Palliativum zu geben. Er administrirte unter grossen Schwierigkeiten per os 5 Minimo oder 5 Tropfen Tinct. cannab. indic.; kurze Zeit darauf Schlaf, später wieder ein Anfall. Nach einer nochmaligen Darreichung von 5 Tropfen Tinctur Schlaf für 10 Stunden. Beim Erwachen ist das Bewusstsein wieder klar, Pupillen punctförmig contrahirt. Nach einer nochmaligen Dose von 5 Tropfen 18 Stunden Schlaf; von da ab schreitet Reconvalescenz rasch vorwärts, nach 10 Tagen vollständige Genesung.

Ludwig (London).

---

500. **David Ferrier**, M. D., F. R. S., **The Localisation of Atrophie Paralyses**. (Brain Part. XIV & XV. 1881).

Verfasser untersucht die Frage, wie es kommt, dass gewisse Muskelgruppen mit einer gewissen Regelmässigkeit immer gemeinsam atrophisch erkranken. Er schliesst sich der Ansicht von Sigmund Mayer an, dass Nerv und Ganglienzelle eine „nutritive Einheit“ bilden, die Hypothese der trophischen Nerven ist nicht absolut nothwendig. Im Gesammtverlauf einer Nervenbahn gibt es zwei nutritive Einheiten: der periphere motorische Nerv und die Ganglien der Vorderhörner des Rückenmarks bilden die eine, der weitere Verlauf des Nerven bis zu den Ganglien des Gehirnes die andere Einheit, daher rufen Zerstörungen der Ganglien oder Bahnen im Gehirn keine periphere

Atrophie hervor. Frühere Untersuchungen über Innervation
der Wurzeln des Plexus brachialis und lumbalis wurden dur
suche an Affen erweitert, es stellt sich heraus, dass jede Nerve
eine gewisse functionelle Einheit von coordinirten Muskelbew
darstellt. Verfasser stellt gewisse Typen auf. Die Hypothe
jeder Wurzel ein gewisser Bezirk in den Vorderhörnern en
erklärt so die Lokalisation der Atrophie bei Poliomyelitis.
mehrere Beispiele im Original.

Ausführlich wird die Lokalisation der Bleilähmung an
tensoren der Hand erörtert. Verfasser schliesst aus den Ve
über das Erlöschen der Erregbarkeit der Muskeln nach dem T
aus der aus Versuchen abgeleiteten mechanischen Leistungsfähig
Muskeln, dass die Extensoren der Hand die am wenigsten wide
fähigen Muskeln des Körpers sind und daher einer allgemein
machenden Ursache, wie sie die Bleivergiftung darstellt, an
unterliegen müssen. Die Hypothese, dass bei Bleivergiftung
myelitis auftrete, wird durch die Erfahrung nicht bestätigt und
nicht mit der bei Poliomyelitis auftretenden Gruppirung der ge
Muskeln. Verfasser glaubt, die Thatsachen sind, ohne eine all
Wirkung auf die Nervencentren auszuschliessen, zu Gunsten ei
gemeinen peripheren Neuritis. Dazu Beispiele. In Bezug a
gressive Muskelatrophie ist Verfasser von dem spinalen Urspr
Krankheit überzeugt, der ungezwungen das gruppenweise Befal
den erklärt.

Ludwig (Lon

---

501. **A. Proust et J. Comby, Contribution à l'étude des par spinales anterieures aiguës.** Beitrag zur Lehre von de myelitis anterior acuta. (Le progr. médic. 1881. No. 47, 48

Die sog. Kinderlähmung und die paralysis spinalis anterio
(poliomyelitis anterior acuta) sind identisch; die Krankheit ist
wachsenen häufiger, als man bisher anzunehmen geneigt schei
ersteren Namen würde man gut thun ganz fallen zu lassen.

Nach einer kurzen Uebersicht über die historische Entw
der Pathologie dieser Krankheit, welcher bei Kindern und
wachsenen die Atrophie der motorischen Zellen der Vorderhö
Grunde liegt, theilen die Verf. vier Beobachtungen mit zum
der gleichfalls übereinstimmenden Symptomatologie in den ver
nen Lebensaltern.

Das Resumé der 4 Fälle lautet:

1. Ein Mädchen von 16 Jahren wird plötzlich, ohne na
bare Ursache, von Schwäche in den Unterextremitäten befallen;
folgenden drei Tagen nimmt die Lähmung zu, und am vierte
kann die Kranke das Bett nicht verlassen; die Lähmung ist auss

lich motorisch, die Sensibilität ist intakt, die Funktionen der Blase und des Mastdarmes sind unversehrt; die faradische Reaktion ist herabgesetzt, Sehnen-Reflexe lassen sich nicht auslösen. Bei elektrischer Behandlung kehrt die normale Beweglichkeit und die Muskelkraft allmählich wieder; Heilung ohne Atrophie.

2. Ein Mann von 26 Jahren stellt sich vor mit Atrophie des rechten m. triceps suralis. Im Alter von 18 Jahren ist er, ohne Gelegenheitsursache, an Schwäche in den Beinen und dann in den Armen erkrankt; kein Initialfieber, keine Sensibilitätsstörungen; Blase und Mastdarm funktioniren normal. Später beschränkte sich die Lähmung auf das rechte Bein, die Wade wird atrophisch, der Kranke hinkt. An der rechten Wade trophische Störungen: die Haut ist glatt, gelb und kalt, die Haare sind spärlich. Die einzigen Muskeln, welche auf den faradischen Strom nicht reagiren, sind der m. soleus und der m. gastrocnemius.

3. Ein 14½ Jahre altes Mädchen, dessen Vater an Bleivergiftung litt, bekommt plötzlich, einige Stunden nach einer Erkältung, eine Lähmung des rechten Armes, welcher nach 36 Stunden die Lähmung der Unterextremitäten folgt; kein Initialfieber; Harn- und Kothentleerung normal. Während die Beweglichkeit der Unterextremitäten langsam sich wieder einstellt, entwickelt sich schnell Atrophie des m. deltoides d.; an den Füssen bleiben vasomotorische Störungen (Kälte und Cyanose beim Stehen).

4. Während der Rekonvalescenz von Scharlach erkrankt ein Mädchen von 8 Jahren mit Fieber und Schwäche in den Oberextremitäten; Sensibilität normal, ebenso Harn- und Stuhlentleerung. Nach einem Monat steht das Kind auf und geht in die Schule; aber der linke Arm ist gelähmt geblieben; der l. deltoides atrophisch. Durch den konstanten und den faradischen Strom wird langsame Besserung erzielt.

Bezüglich der Aetiologie ist zu bemerken, dass eine der drei weiblichen Kranken (8, 15 und 16 Jahre alt) an menstruatio difficilis irregularis litt, bei einer andern war die Menstruation ausgeblieben. In einem Falle hatte kurz vorher eine Erkältung stattgefunden; in einem anderen war Scharlach vorhergegangen.

Initialfieber war nur in einem der Fälle vorhanden; über Schmerzen hat keiner der Kranken geklagt: Der Eintritt und die Verallgemeinerung der Lähmung geschah plötzlich in 1 Fall, schnell (in 24 Stunden) in 1, langsamer (3—4 Tage) in 2 Fällen. Dreimal waren alle Glieder ergriffen; einmal entging ein Glied der Initiallähmung. Zweimal blieb der m. deltoideus der am stärksten betroffenen Seite atrophisch, einmal die Waden-Muskulatur; einmal trat vollständige Lähmung ein. Zweimal blieben trophische Störungen.

In dem von Initialfieber begleiteten Falle hatte man anfangs ein typhöses Fieber diagnosticirt; doch ist die Unterscheidung leicht. Nur die paralysis ascendens acuta könnte mit der paralysis spinalis anterior acuta verwechselt werden; ein Fall der ersteren Art unterschied sich von einer rein motorischen Lähmung der vier Extremitäten nur durch

Kriebelgefühl in den Händen, bis Bulbärsymptome hinzutraten
Fehlen jeglicher Störung der Sensibilität ist charakteristisch
paralysis spinalis anterior acuta.

E. Bardenhe

---

502. **D'Olier, De la coexistence de l'hystérie et de l'ép avec manifestations distinctes des deux névroses considéré les deux sexes et en particulier chez l'homme.** Ueber d bination von Epilepsie und Hysterie bei getrennten Erschei beider Neurosen bei beiden Geschlechtern, besonders beim (Annal. médico psychol. Septembre 1881. p. 192.)

Die verschiedenen Arten der Combinationen der Hyster der Epilepsie bei einem Individuum und zwar in der von Lan sogenannten Hysteroepilepsie mit getrennten Anfällen (à crises dis sind in der Zusammenstellung von Charcot folgende vier:

1. Hysterie entwickelt sich bei einem schon vorher epilep Individuum;
2. Epilepsie kommt zu bestehender Hysterie hinzu;
3. Convulsive Hysterie kommt mit „Petit mal" vor, und
4. Convulsive Epilepsie tritt zu einzelnen Symptomen vo convulsivischer Hysterie (Contractur, Anästhesie etc.) hinzu.

Für diese Arten stellt Verf. in seiner Arbeit aus der L und aus eigener Beobachtung Beispiele zusammen, wobei er be darauf Gewicht legt, dass die Combination von Hysterie un lepsie auch bei Männern vorkommt. Doch kann er nur für und 3. der oben genannten Arten Fälle von Männern au während ihm für die 2. und 4. Combination nur je ein Fa Briquet und von Charcot) bei einem weiblichen Indi zu Gebote steht. Der Eierstockhyperästhesie beim Weibe en die Hodenhyperästhesie beim Manne und Druck in die fossa iliaca bei letzterem oft zum Coupiren der Anfälle, wie bei erster Ovarialcompression. Zum Schlusse sucht Verf., wofür er 4 B tungen von Billod aus dem Jahre 1843 aufführt, noch eine be 5. Gruppe aufzustellen, bei der die hysterischen und epileptisc scheinungen zusammenfallen (coincidiren), die sich aber doch eigentlichen Hysteroepilepsie (à crises combinées, à attaques unterscheidet durch die Abwesenheit von Sensibilitätsstörungen das einige Male vorherrschend einseitige Auftreten der Convu und durch den consecutiven Stupor.

Peretti (Andern

---

503. **Ern. Gaucher, Les troubles de la nutrition dans l'intoxication saturnine.** Ueber die Ernährungsstörungen bei Bleivergiftung. (Revue de médecine Nr. 11.)

Verf. hat an 24 Fällen von chronischer Bleivergiftung methodische Urinuntersuchungen ausgeführt und ist dadurch zu folgenden Resultaten gelangt.

1. Die Menge der festen Bestandtheile des Urins ist vermindert: die täglich ausgeschiedene Harnstoffmenge kann auf den 5. Theil des Normalen reducirt sein, die Chloride sind auf den 4. bis 5. Theil, die Phosphate nur auf den 2. bis 3. Theil des Normalwerths vermindert. Auch die Harnsäure ist gewöhnlich vermindert; in einzelnen Fällen aber kann sie in normaler oder sogar in vermehrter Menge ausgeschieden werden, vornehmlich bei Kranken, die trotz ihrer Kachexie eine übermässige Menge von Nahrung einführen: hier ist der Organismus nicht im Stande, alle absorbirten Eiweisskörper bis zum normalen Endproduct, dem Harnstoff zu oxydiren. Bei Bleikranken ist also — eine Folge der Intoxication — die regressive Metamorphose herabgesetzt.

2. Die Menge des Harnfarbstoffs ist anfangs vermehrt, später vermindert. Bei allen Bleikranken sind in dieser Beziehung zwei wohlbegrenzte Phasen zu unterscheiden: im Anfang, im „activen" Stadium der Intoxication, das eine Dauer von 3 bis 20 Tagen hat, ist der Urin intensiv pigmentirt, gleichzeitig bildet sich allmählich, wegen des Untergangs der rothen Blutkörperchen, ein blasses Aussehen der Kranken aus, sehr häufig tritt auch eine leichte icterische Hautfärbung auf (Ictère hémaphéique). In der zweiten Periode ist der Urin sehr wenig gefärbt. Diese blassen Urine persistiren weiterhin, bis Heilung eintritt, wo dann die Färbung wieder intensiver, wieder normal wird. Bisweilen zeigt der Urin, nachdem er bereits eine Zeit lang blass war, stärkere Färbung, um bald darauf wieder blasser zu werden; und dieses Verhalten kann sich mehrmals wiederholen: es weist nach Verf. darauf hin, dass das in den Geweben fixirte Blei schubweise aus dem Körper eliminirt wird.

3. Bezüglich der Menge des ausgeschiedenen Urins sind ebenfalls zwei Perioden zu unterscheiden: in der ersten besteht Oligurie, gleichzeitig ist der Urin stark pigmentirt; nach einiger Zeit (im Mittel nach 10 bis 15 Tagen) tritt eine sehr reichliche Secretion eines blassen Urins auf, als deren Ursache nach Verf. wahrscheinlich eine Wirkung des Bleis auf das centrale Nervensystem anzusehen ist.

4. Ziemlich häufig besteht Albuminurie. Nach dem Vorgange von Bouchard unterscheidet Verf. 2 Arten von Albuminurie: das ausgeschiedene Eiweiss ist entweder retractil oder nicht retractil (erhitzt man einen Urin, in welchem durch eines der gewöhnlichen Mittel, z. B. durch Zusatz von Salpetersäure, das Eiweiss gefällt ist, so behält letzteres entweder sein Aussehen — nicht retractiles Eiweiss —, oder es zieht sich zusammen und häuft sich am Boden des Gefässes an — retractiles Eiweiss). Retractiles Eiweiss deutet nach Bouchard auf Läsionen der Nieren, nicht retractiles auf solche der allgemeinen Ernährung. Letzteres sei daher z. B. bei Bleivergiftung, bei Mercurver-

giftung, bei fieberhaften Zuständen häufig anzutreffen. Diese A
Albuminurie fand Verf. bei Bleikranken in 20 Fällen 7 mal, sie
nur kurze Zeit, höchstens 2 Wochen.

5. Die Ausscheidung des Jodkaliums durch die Nie
beträchtlich verlangsamt, um so mehr, je inveterirter die
cation ist. Anstatt, wie normal, im Mittel 3 Tage braucht sie
23 Tage; ferner erfolgt sie bisweilen absatzweise.

Diese Verlangsamung der Ausscheidung von Medicamen
eine Folge der verlangsamten regressiven Metamorphose, die S
rung ist mit den successiven Entladungen von Harnfarbstoff (s
in Parallele zu stellen.

Lüderitz (J

---

504. **Wilhelm Ebstein** (Göttingen), **Weiteres über Diabetes m insbesondere über die Complikation desselben mit Typh dominalis.** (Deutsches Archiv f. kl. Medizin, Bd. XXX, p. 1

505. **August Deichmüller, Das Vorkommen der Diacetsäur tungsprodukte im pathologischen und physiologischen O mus.** (Inauguraldissertation, Göttingen 1881.)

506. **A. Deichmüller, Ueber diabetische Acetonurie.** (Anna Chemie, Bd. 209, p. 22—30.)

507. **B. Tollens, Ueber Eisenchlorid rothfärbenden Harn.** (p. 30—38.)

Die vorliegende Abhandlung E.'s, an welche sich die vo
selben veranlassten Untersuchungen von T. und D. anschliessen,
im Wesentlichen eine Fortsetzung seiner im XXVIII. Bande de
schen Archivs f. klinische Medizin, p. 143—242 unter dem
„Ueber Drüsenepithelnekrosen beim Diabetes mellitus, mit bes
Berücksichtigung der diabetischen Coma's" publicirte Arbeit (vg
Centr.-Bl. 1881, No. 17), auf welche daher vielfach verwiese
den muss.

Zu einer genaueren Besprechung der Complikation des D
mellitus mit Typh. abdominalis wurde E. dadurch bestimmt, das
seiner Diabetiker, und zwar höchst wahrscheinlich in Folge
fection, im Hospital am Unterleibstyphus erkrankte.

Die Inhaltsangabe dieser Beobachtung lautet folgenderma

16j. männliches Individuum. Schwerer Diabetes. Nach
tung der diabetischen Diät tritt eine sich mehr und mehr ste
Eisenchloridreaktion im Harne ein. Besserung des Befindens de
ken. Nach nahezu dreimonatlichem Aufenthalt des Patienten im K
hause entwickelt sich ein „durch Fieberverlauf und alle so
Symptome wohl charakterisirter Unterleibstyphus."

An die in ihrem Temperaturgange anfänglich normal erscheinende zweite Periode des Typhus, während dessen eine auffallende Zunahme der Eisenchloridreaktion stattfindet, und die Zuckerproduktion fortgeht, schliessen sich schwerer Collaps und tiefes Coma direkt an, in welchem der Tod erfolgt.

Der von T. und D. genauer untersuchte Urin ergab einen relativ reichlichen „Acetongehalt" (in 40 Litern 22,5 gr), Alkohol liess sich in dem Harn nicht nachweisen. Tollens versuchte durch Untersuchung an weiteren Diabetesfällen die Natur des mit Eisenchlorid die bekannte Farbenreaktion im Harn gebenden Körpers zu eruiren und kam betreffs der von ihm untersuchten Harne zu dem Schluss, dass der grösste Theil des mit Eisenchlorid die rothe Reaktion gebenden Körpers nicht Acetessigäther gewesen sei, da dieser Körper schon bei neutraler Reaktion des Harns durch Schütteln in den Aether hätte übergehen müssen. Weil dieser Körper nur bei Gegenwart von Säuren vollständig in den Aether übergeführt werde, müsse es sich (wenigstens zum allergrössten Theil) um eine saure Substanz, möglicherweise die bis jetzt nicht dargestellte „freie Acetessigsäure", handeln. Die in Rede stehende Substanz zersetzt sich beim Kochen und verflüchtigt sich, im Aether aufbewahrt, mit diesem. Was das Vorkommen von Jodoformbildenden Substanzen bei Nichtdiabetikern anlangte, so konnte sie D. auch im Urindestillat von Leuten, welche einige Tage lang keine Alkoholica genossen hatten, regelmässig nachweisen, desgleichen in der Respirationsluft. Ob diese Jodoformbildenden Körper Alkohol, Aceton oder Aldehyd sind, lässt D. unentschieden. Die „Sektion" des im Gefolge des Typh. abdom. unter den Erscheinungen des Comas gestorbenen Diabetikers bestätigte die Diagnose eines und zwar im Ablauf begriffenen Unterleibstyphus. Auch im Destillat des Gehirns fand D. reichliche Jodoformbildende Substanz. Die „Nierenepithelien" waren im Bereich der gewundenen Harnkanälchen verfettet, ferner fand sich in der Marksubstanz und zwar in den Henle'schen Sohleifen (wahrscheinlich auf die oberen Schenkel derselben beschränkt) das Bild der „diabetischen Nierenepithelquellung" (hyaline Degeneration von Armoeni), endlich waren an umschriebenen Parthieen des „Nierenlabyrinths" die „Epithelien nekrotisch". E. nimmt an, dass in seinem mit Typhus abdom. complizirten Falle von Diabetes mellitus, ebenso wie den andern seither bekannt gewordenen (4) analogen Fällen, der Kranke nicht dem Typhusprozesse erlegen ist, sondern dem in Folge des Diabetes sich entwickelnden Coma. Indessen gibt er zu, dass der Typhus in sofern doch von einem erheblichen Einflusse auf den so schnell eintretenden Tod dieser Diabetiker war, als er dem Auftreten und der Entwicklung gewisser Stoffwechselanomalien Vorschub geleistet habe. Dafür spricht das dabei wiederholt constatirte, besonders intensive Auftreten der Eisenchloridreaktion im Harne. Dieser Eisenchlorid rothfärbende Körper steht in einer engen, wenn auch nicht absolut nothwendigen Beziehung zu gewissen verderblich wirkenden Stoffwechselprodukten beim Diab. mellitus. Ihr Auftreten im Harn und ihre Vermehrung, insbesondere bei Einleitung der diabetischen Diät, muss uns betreffs Fortführung derselben sehr vorsichtig machen. E. meint, dass auch im vorliegendem Falle das Coma auf toxisch wirkende Ursachen

zurückzuführen sei, wofür die relativ grosse Menge von Acet
Jodoform bildenden Substanzen im Harn spricht; die Schwä
des Gehirns mit den letzteren dürfte als Ursache des finale
gradigen Comas anzusehen sein. Auch die gefundenen nekr
Prozesse in den Nieren führt Verf. auf die gedachten toxisc
sachen zurück.

Ausserdem theilt E. die Geschichte einer früher angebli
gesund gewesenen, 64j., wohlgenährten Patientin mit, welche
der, entsprechend einer „schrundigen Stelle" des Fusses, sich ent
den Gangrän, die sich rasch über den Unterschenkel verbreite
rurgische Hülfe nachsuchte. Der Urin war nicht vermehrt, spät
vermindert, enthielt eine mässige Menge von Zucker und einen
chlorid violettbraun färbenden Körper. Der Harn enthielt r
Jodoformbildende Substanz, und Tollens nahm auch hier kein
nur Spuren von Acetessigäther im Harn, sondern einen sauren
möglicherweise freie Acetessigsäure, als Ursache der Eisen
reaktion an. Nachdem die Amputation des brandigen Untersc
im Gesunden vollzogen war, machte die Gangrän am Stumpfe
Fortschritte und der Tod erfolgte unter den Symptomen der Ins
des Myocardium. Die „Sektion" ergab als wesentliche Veränd
„Verfettung des Herzmuskels, Niereninfarkte und Atherose des
systems". Die „mikroskopische" Untersuchung ergab ausg
„Nierenepithelnekrose" (auch ausserhalb des Bereichs der I
und „gleichartige Veränderungen der Leberzellen". E. hält a
bei seinen früheren Beobachtungen, die hier vorliegenden Ep
krosen für vorzugsweise „toxische", bedingt durch die früher
terisirten qualitativen Veränderungen der Säftemasse, für de
wesenheit die Beschaffenheit des Harns spricht, weder das I
noch die Atherose spielen beim Zustandekommen dieser ase
Drüsenepithelnekrose eine ausschlaggebende Rolle. Von diese
derung der Säftemasse nimmt E. ferner an, dass sie dadurch au
Zustandekommen der Gangrän Vorschub geleistet habe, dass
ihr aufgespeicherten Noxen die Gewebe des Beins, wie alle i
zum Mindesten weniger widerstandsfähig gemacht haben. Albu
war übrigens bei keinem der hier berichteten beiden Fälle vor

---

508. **Cohnheim** und **v. Schulthess** (Rechberg), **Ueber die der Kranzarterienverschliessung für das Herz.** (Virch Bd. 85. S. 503.)

Bezold und Samuelson hatten bei Abklemmung der C
arterien bei Kaninchen gesehen, dass bei andauerndem Verschl
Herz schliesslich ganz stille steht, dass in jeder Hinsicht de
Ventrikel den Anfang macht und eher erlahmt als der recht
ferner nach Wiederaufhebung der Abklemmung das Herz wi
schlagen beginnt. In anderen Punkten stimmten jene nicht

Zur Wiederholung dieser Versuche regte die Verfasser auch der Umstand an, dass es bei Kaninchen der tiefen Lage der Kranzarterien in der Muskulatur wegen nur schwer möglich ist, dieselben in den Bereich des Experimentes zu ziehen, dass es aber bei Hunden sehr leicht möglich ist, die ganz oberflächlich gelegenen Arterien zu comprimiren, resp. zu umschnüren und zu unterbinden. Die Hunde wurden zu dem Zweck curarisirt, die Athmung künstlich unterhalten, dann das Herz durch Rippenresection in grosser Ausdehnung freigelegt und die Arterien abgebunden. Die Contractionen des Herzens wurden durch ein an der Carotis oder femuralis angebrachtes Kymographion aufgezeichnet. Folgendes waren die Resultate: Anfänglich äusserte die Unterbindung eines der grossen Coronaräste keinen unmittelbaren Einfluss auf die Herzthätigkeit, d. h. in den ersten 30—40 Sekunden. Erst gegen das Ende der ersten Minute setzten einzelne Pulse aus, dann wurde das Schlagen der beiden Herzhälften arhythmisch und dazu gesellte sich eine Verlangsamung der Schlagfolge, letztere aber war nicht entfernt so auffallend, wie die Unregelmässigkeit, ja sie fehlte oft ganz. Während der ausgesprochenen Arhythmie stellt sich dann gewöhnlich eine wenn auch nur geringe Blutdruckverminderung ein, im Gegensatz zu den Versuchen von Bezold und Samuelson, die gleich ein Abfallen des Blutdruckes sahen. Das Auffallendste aber war, dass nun plötzlich das zwar unregelmässig, aber noch kräftig schlagende Herz gänzlich stillstand. Dieses plötzliche Aufhören der Herzcontractionen erfolgte nach ca. 105 Sekunden in der Diastole und nach weiteren 10—20 Sekunden trat nun eine lebhafte wühlende, flimmernde Muskelbewegung ein. Der Herzstillstand geschah in beiden Ventrikeln absolut gleichzeitig und wenn er eingetreten war, gelang es auf keine Weise, noch irgend eine Contraction des Herzmuskels auszulösen, ebenfalls also im Gegensatz zu Bezold und Samuelson. Es fragt sich nun, wodurch alle diese Folgezustände bedingt werden, ob es der Mangel an sauerstoffhaltigem Blut ist, der das Herz zum Stillstand bringt. Aus verschiedenen Gründen kommen die Verfasser zu dem Ergebniss, dass dieser Sauerstoffmangel es nicht ist, der jene Folgen bedingt, sondern dass die Anhäufung eines durch die fortdauernde Muskelarbeit gebildeten giftigen Stoffwechselproduktes die Veranlassung jener Erscheinungen bildet. Zwar war es nicht möglich die Kohlensäure verantwortlich zu machen, denn die Abklemmung aller grossen Herzvenen hatte nur kolossale Stauung aber doch sehr lange Zeit andauernde unveränderte Herzthätigkeit zur Folge. Aber andere Erscheinungen liessen sich in jenem Sinne verwerthen. Bei Kaninchen liefen nun die Versuche nicht mit der Sicherheit wie bei den Hunden ab, aber in einem Drittel der Fälle fielen sie ebenso exact aus. Im Allgemeinen erlagen kräftigere Herzen jenen Versuchen eher, als schwächere oder solche, an denen schon längere Zeit experimentirt wurde. Verfasser glauben, dass die oft räthselhaften Todesfälle bei Sclerosen und Thrombosen der Coronararterien sich auf Grundlage dieser Versuche werden von jetzt an leichter erklären lassen.

Ribbert.

---

509. **Dr. Edward Bull** (Oberarzt in Christiania), **Zur Fra[**
die Operationen bei Lungenkrankheiten. (Nord. Med. Ark
Bd. XIII, No. 17.)

Operationen im Gebiete der sogenannten „inneren" Medici
stets häufiger. Bei Lungenkrankheiten sind sie bisher nur s
wagt worden; der Verf. glaubt aber, dass sie sich auch hie
ein grösseres Feld erobern werden. Zur Beleuchtung der Fra
Verfasser zwei Fälle aus seiner Abtheilung im Reichshosp
Christiania mit:

1. Circumscripte Lungengangrän — Operation — Heilu

23 jähriges Dienstmädchen. Nov. 1880 putride Bronchiti
Dec. begrenzte Infiltration nach vorne im oberen Lappen d
Lunge. 2. Januar 1881 Empfindlichkeit im vierten Interkos
nach aussen von der Papille. 4. Januar beginnende Effusio
linken Pleura nach hinten und unten, schnell anwachsend;
serös (Probepunktion); nach Mitte Januar Effusion wieder ab
Ueber die empfindliche Stelle im 4. Interkostalraume Gerä
gesprungenen Topfes und Gargouillement bei der Percussion;
exploratorischen Aspiration stinkende Jauche. Gangränöse S
Es lag also eine begrenzte gangränöse Höhle vor,
Brustwand gelegen und mit dieser verwachsen (Empfindlic
Gargouillement — gleichzeitige seröse Pleuritis).
Nach der Explorativpunction der Caverne entwickelte
schmerzliche Infiltration der Bedeckungen und Hautemphy
linken Brusthälfte. 24. Januar wurde eine Incision gema
hinten von der Brustdrüse fand sich eine Unterminirung mit j
Inhalt; im 4. Interkostalraume nach aussen von der Herzspit
mit stumpfen Instrumenten die Brustwand durchbohrt; durch
nung wurde ein schwammiges, morsches Gewebe gefühlt. V
Ausspülung mit Carbolwasser; Drainage. Nachmittags ei
Haemoptyse. In den folgenden Tagen schnelle Besserung; s
geruchloses Expectorat; wenig Ausfluss aus der Wunde. Da
neue kleine Haemoptysen mit stärkerem Fieber und Infiltratio
linken Lunge nach hinten; die Sputa wurden wieder stinke
Mitte Februar Reconvalescenz; zuletzt vollständige Heilung.
Als Gegensatz theilt Verf. folgenden Fall mit:

2. Lungenabscess — Tod durch plötzliche Berstung — Su

54 jähriges Weib. 2. April 1881 Pleuropneumonie im
Unterlappen; 6. April Infiltration im linken Oberlappen.
Infiltration wurde resolvirt; die zweite blieb. 13. April stinke
forme Sputa. Nach und nach zweifelhafte physikalische Zeic
Caverne im linken Oberlappen nach vorn. 10. Mai Nachts
Patientin mit Schreien, Husten und starb schnell suffocatorisc
die Luftwege mit Pus vollgestopft wurden, wie sich bei de
bestätigen liess. Es fand sich im oberen Lappen der linken L
grosser Abscess; vollständige Verwachsung mit der Brustw
Abscess lag nach vorn ganz oberflächlich.

Eine Operation wäre sehr leicht gewesen und hätte wenigstens für einige Zeit das Leben gerettet. Die Frage, hier operativ zu verfahren war auch aufgeworfen; aber eine periculum in mora schien nicht vorhanden zu sein, und die Diagnose war etwas unsicher, weil die Höhle mit Pus beinahe gefüllt war (höchst unvollständige Entleerung durch die Bronchien) und daher keine ausgesprochenen Cavernensymptome gab. Eine Probepunction hätte Aufklärung gebracht und wäre ohne die unerwartete Katastrophe in den nächsten Tagen gemacht worden. Der Fall spricht ebenso zu Gunsten der Operation wie der erste.

Die spärliche Literatur ist angeführt[1]). In Anbetracht dieser und der zwei mitgetheilten Fälle bespricht Verf. verschiedene Punkte, die sich bei der Frage von Anlegung einer künstlichen Lungenfistel darbieten.

Die pathologischen Veränderungen in den Lungen, die Gegenstand einer solchen Operation werden können, sind allerlei Höhlenbildungen: abgegrenzte gangränöse Herde, Lungenabscesse, phthisische und bronchiectatische Cavernen.

Die zwei ersten können vollständig geheilt werden, wenn der Substanzverlust nicht zu gross ist und wenn die übrigen Lungenparthieen gesund oder heilbar sind; bei grossen Höhlen dürfte ein bleibender Fistel vielleicht nicht immer zu vermeiden sein. Das Leben kann bei bedeutender Gangrän und bei grossen Lungenabscessen durch längere Zeit bewahrt werden, indem sich eine pusabsondernde, abgeplattete, bleibende Höhle bildet mit periodischer Entleerung durch Hustenanfälle; für den Kranken muss es aber entschieden besser sein, dass die Höhle einen stetigen Ausfluss durch die Brustwand hat, dass die Luftwege frei bleiben; die stets drohende Dekomposition des Höhleninhaltes wird dadurch am besten verhindert. Es ist bekannt genug, dass sowohl Gangrän als Abscess der Lunge ohne Operation heilen kann; der Verf. hat aber doch die Meinung, dass, wenn der konkrete Fall operabel ist, dann auch Operation indicirt sei; ein längeres Warten bringt nur die Kräfte zum Sinken und erlaubt den localen Processen sich auszubreiten. Selbst wenn der Tod zuletzt auch nach der Operation eintreten sollte, ist diese doch als palliativ indicirt.

Finden sich in der Lunge mehrere Höhlen, entweder isolirt oder mit einander communicirend, dann wird der endliche Ausgang von den concreten anatomischen Verhältnissen abhängig sein, und diese lassen sich nicht im Voraus klinisch diagnosticiren. Viele Fälle, in welchen die Operation unbedingt indicirt ist, werden daher zuletzt doch zu Grunde gehen, weil die Hülfe unzureichend ist. Dieses Raisonnement muss erwähnt werden, damit man nicht zu grosse Hoffnungen mit der Operation verknüpft, und auch damit man bei eventuellen Täuschungen nicht ungerecht dieselbe verwirft.

---

1) Erst nachdem die Abhandlung gedruckt war, ist dem Verf. eine Arbeit von C. Fenger u. J. H. Hollister zugegangen: Opening and drainage of Cavities in the lungs; American Journal of the medieal sciences for October 1881. In dieser Arbeit, die sich auf einen Fall von Echinococcus der Lunge durch Operation geheilt stützt, werden sehr ähnliche Anschauungen wie die des Verfassers vertreten.

Phthisische und bronchiectatische Cavernen werden wahr
seltener zu einer chirurgischen Behandlung auffordern, und
cationen hier festzustellen wird viel schwieriger sein. Da sich
lich hier viele Höhlen finden und ausserdem ein progressive
tutionelles Leiden, wird eine oder ein paar Oeffnungen durch
wand kaum grossen Vortheil bringen; nur bei einzelnen
Hohlräumen mit stagnirendem Inhalt, wo die Entleerung bei
die Kranken belästigt, könnte die Operation von Nutzen s
phthisischen Cavernen würde eine permanente Fistel zu erwa
bei Bronchiectasien liesse sich eher eine Obliteration, und dad
radicale Heilung, erwarten.

Damit eine Lungencaverne operabel sei, muss sie obe
situirt sein; tiefere Höhlen lassen sich nicht genügend schar
men und ohne Gefahr nicht erreichen. Verwachsung der Ple
über die Caverne ist selbstverständlich von der grössten Be
diese Verwachsung mit Sicherheit im Voraus zu erkenne
schwierig sein [1]); wenn die Krankheit nicht zu stürmisch
ist, lässt sie sich erwarten. Bei schnellem Krankheitsver
sonders bei Gangrän, muss man darauf vorbereitet sein, offen
höhle zu finden. Der Verf. sieht jedoch diesen Umstand nicht
lute Contraindication an, wo das Leben stark bedroht ist; er
Brustwand über der Caverne zu öffnen und wenn Verwachsunge
fehlen, kommt ein Pneumotorax zu Stande; berstet dann die ge
Höhle in den Pleurasack, so macht man eine Contraöffnung
handelt den Fall wie ein Empyem. Sind Verwachsungen zwis
Pleurablättern da, nur über der Caverne nicht, dann liesse s
leicht eine Trokarcanüle durch die Schnittöffnung in die kranke
parthie hineinbringen, die man vorläufig liegen lassen könnt
das nicht, müsste man nach den Prinzipien der Empyemop
vorgehen.

Bei verwachsener Pleura ist die Operation selbstverständ
einfach. Eine Probepunction ist gewöhnlich ohne Gefahr; bei u
haften Cavernen ist sie weniger nöthig; bei Cavernen mit Flu
gepfropft ist sie für die Diagnose absolut nothwendig; bei le
vernen wird man in der Aspirationsspritze Gasarten erhalten,
von fötidem Geruch.

Bei fehlender Verwachsung — jedenfalls wo dieselbe
wäre — könnte man, wo kein periculum in mora vorlag, versu
Aetzmitteln die Brustwand zu perforiren, um Verwachsungen z
zu bringen.

Strenge Antiseptik während der Operation scheint dem
nöthig, weil man nicht die Zimmerluft durch die Luftwege ein
verhindern kann. Irrigation der Höhle muss sehr vorsichtig
werden, damit man nicht Blutung oder Irritation hervorruft.
Vorsicht ist mit dem Drainrohre wahrzunehmen, besonders bei

---

1) Fenger und Hollister theilen eine einfache Methode
Verwachsung der Pleurablätter zu diagnosticiren: eine eingebrac
wird bei Verwachsungen still stehen während der Respiration; im
gesetzten Falle wird sie sich mit der Respiration synchronisch bew

gangrän, wo sich häufig keine eigentliche Höhle findet, sondern nur eine mehr oder weniger eingefallene, morsche Lungenparthie; bei chronischen Cavernen und Abscessen dagegen finden sich ordentliche Hohlräume, wo die Drainröhren Platz haben. — Rippenresection dürfte bisweilen nöthig werden um die Oeffnung zu bewahren, oder um ein Zusammensinken der Brustwand möglich zu machen, ganz wie bei Empyem.

Die Fragen sind alle vorläufig neu und Erfahrungen fehlen; die Operation ist in das medicinische Bewusstsein noch nicht eingedrungen. Der Verf. ist aber der Meinung, dass die Zeit nicht fern ist, wo die Anlegung einer künstlichen Lungenfistel als eine, gewiss seltene, aber doch legitime Operation bei Lungenkrankheiten betrachtet werden wird.

B.

---

510. **G. M. Fiori, Dell' influenza dei preparati di iodio sulla quantità dell' urea nelle urine.** Ueber die Wirkung der Jodpräparate auf die Harnstoffmenge im Harne. (Gazetta delle cliniche di Torino Nro. 34. 1879.)

511. **G. M. Fiori e S. Fubini, Influenza del ioduro di potassio sulla peptonificazione dell' Albume d'uovo.** Ueber die Wirkung von Jodkali auf die Peptonification des Eiweisses. (Gazzetta delle cliniche di Torino No. 34. 1879.)

Um die Wirkung der Jodpräparate auf die Harnstoffmenge des Harnes, und folglich auf den organischen Stoffwechsel zu bestimmen, stellte Fiori zahlreiche Beobachtungen am Menschen an. Aus diesen ergab sich, dass in den meisten Fällen nach Gebrauch der Jodpräparate Zunahme, in wenigen Fällen Abnahme der Harnstoffmenge stattfand. Um diesen scheinbaren Widerspruch zu erklären, bemerkt Verf., dass, da der Harnstoff des Harnes theils auf der Oxydation der Gewebe (organisches Albumin), theils auf dem Umsatz der als Nahrungsmittel eingeführten, verdauten, aber nicht organisirten Eiweisssubstanzen (circulirendes Albumin) beruht (Voit), seine Quantität nothwendig im Verhältnisse zu diesen zwei Factoren stehen muss. Deswegen, ceteris paribus, wird die Gesammtmenge des abgesonderten Harnstoffes mit der Abnahme des circulirenden Albumins sich vermindern, wenn auch der aus der einzigen Oxydation der Gewebe herrührende Harnstoff zunahm, aber die Zunahme geringer als die Abnahme gewesen ist. F. vermuthete also, dass die Jodpräparate direct die physiologischen Verdauungsprocesse im gastroenterischen Kanale behindern oder verspäten, und folglich Abnahme der Menge des circulirenden Albumins bewirken. Um diese Hypothese zu bestätigen, prüfte F. in Gemeinschaft mit Prof. Fubini am Hunde mittelst gastrischer Fisteln die directe Wir-

kung von Jodkali auf Eiweiss. Die Ergebnisse dieser Untersu
waren, dass wirklich die Jodpräparate den Peptonificationpro
Eiweisssubstanzen behindern oder stören können, ohne die Bedi
der gastrischen Schleimhaut zu verändern. Daraus folgt, dass
und Jodnatrium, indem sie die Menge des circulirenden Albumins
dern, auch die aus derselben herrührende Harnstoffmenge verklei
Wie also in den meisten Fällen der am Menschen angestellten
chungen nahm die tägliche Harnstoffmenge nach Jodkaligebrauc
schliesst, dass die Menge des auf dem Umsatz des organische
mins beruhenden Harnstoffes nach Gebrauch der Jodpräparate z
d. h. dass diese Präparate den Stoffwechsel vermehren.

Mya (T

---

512. **Heydenreich** und **Beilstein** (Petersburg), **Ueber die W
stimmung von Desinfectionsmitteln.** (Deutsche Viertelja
für öffentl. Gesundheitspfl. 1881. 257—268.)

Die Versuche der Verfasser über den Werth von Desin
mitteln bezweckten, die Minima verschiedener Mittel kennen zu
welche nöthig sind, um in faulenden Flüssigkeiten die mikrosk
Organismen zu tödten. Die Bakterien sind hiebei nur dann
anzusehen, wenn sie in geeignete Nährlösungen übertragen nich
aufleben. Die Versuche lehren, dass nur mit Körpern von sau
action eine zuverlässige Desinfection möglich ist. Nächst den S
die schwefelsaure Thonerde das wohlfeilste und beste Mi
genügt natürlich die billige rohe schwefelsaure Thonerde, von
bei genügend langer Einwirkung ein Zusatz von 4% viel sicher
als z. B. ein Zusatz von 15% Eisenvitriol. Thonerdesulfat
indess allein nicht zur Desodorisirung; um auch diese
zu erreichen, ist Zusatz von etwas Carbolsäure zur schwef
Thonerde zu empfehlen.

Wolf

**Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren
lung der Referate die Separatabzüge an die Redaction ei
zu wollen.**

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 22. December. Nro. 37.

Inhalt.

---

513. **Arloing, Cornevil et Thomas, Sur la cause de l'immunité des adultes de l'espèce bovine contre le charbon symptomatique ou bactérien, dans les localités où cette maladie est fréquente.** Ueber die Ursache der Immunität erwachsener Rinder gegen den Milzbrand. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 16.)

Vielfach ist von Thierärzten bemerkt worden, dass der Milzbrand besonders die jungen, 1—2 jährigen Rinder befällt. Thiere, die in einer Milzbrandgegend geboren und bis zu einem gewissen Alter von der Krankheit verschont geblieben sind, bleiben auch weiterhin immun. Bekommen in einer solchen Gegend ältere Thiere die Krankheit, so lässt sich feststellen, dass sie von anderswoher importirt worden waren.

Die Erklärung für diese Thatsache suchen die Verf. im Folgenden: die Mehrzahl der jungen in einem Infectionsherde lebenden Thiere inficiren sich spontan mit sehr verschieden grossen Dosen des Virus; die mit starker Dosis sich inficirenden Thiere ziehen sich eine tödt-

liche Krankheit zu, während die Thiere, die sich mit kleine inoculiren, nur leichte Abortivkrankheiten davongetragen, dadurc sich gegen spätere schwere Infectionen immun machen.

Diese Erklärung wird gestützt durch folgende Experimen Thieren — einer 10jährigen aus einem Milzbrandbezirke stan Kuh, einer 9 jährigen aus einem ähnlichen Herde stammenden K einer neunjährigen Kuh, die aus einer seit 18 Jahren von M verschonten Gegend herrührte — wurde die gleiche Dosis v brandgift eingeimpft: die beiden zuerst genannten Thiere blieben das dritte Thier ging nach 51 Stunden an Milzbrand zu Grunde. Monate später wurden die beiden überlebenden Rinder zusam einem 6 monatlichen Stier von Neuem geimpft, dasselbe Resul das junge Thier starb.

Lüderitz (J

---

514. Dr. Kahler (Prag), **Erfahrungen über Glycosurie bei I oxydvergiftungen.** (Prag. med. Wochenschrift No. 48 u. 49,

Der erste Fall, den K. beschreibt, betrifft eine Frau, di ca. 9 Stunden in einer mit Kohlendunst erfüllten Stube sich und unter schweren Vergiftungserscheinungen eingebracht wurd in den ersten 24 Stunden nach Entfernung aus der CO-Atmosp der Blase angesammelte Harn (1200 ccm) enthielt 10,8 gr Die Glycosurie hielt nur 24 Stunden an; der Harn war eiweis

Der zweite Fall mit Vergiftungserscheinungen mittlerer In zeigte in dem 3 Stunden nach Entfernung des Kranken aus der lichen Atmosphäre entleerten Harn Zucker in der Menge von nach weiteren 7 Stunden nur mehr 0,51 %.

Am nächsten Tage ist kein Zucker mehr nachzuweisen. sammtmenge des im Verlaufe der Glycosurie entleerten Harnes beiläufig 4 gr, keine Albuminurie. — In beiden Fällen Genesu

Ausserdem beobachtete K. in 2 Fällen von Leuchtgasve ein vorübergehendes leichtes Rechtsdrehungsvermögen des Har

Bei Besprechung der Therapie bei CO-Vergiftung sprich nebst Reizmitteln der Vornahme ausgiebiger Blutentziehung da indem durch diese, wie experimentell nachgewiesen ist, die Neu der rothen Blutkörperchen mächtig angeregt werde.

E. Schütz (F

---

515. **Dr. H. Möller, Versuche über Darminfusion von Thierblut.** Aus der Greifswalder medicinischen Klinik. (Deutsche medicinische Wochenschrift. No. 45. 1881.)

A. Ernest Sausom macht in der Lancet 1881. Febr. 26. Bd. 1. No. IX. S. 322 den Vorschlag, bei Unmöglichkeit der Nahrungszufuhr per os statt der üblichen Klystiere von künstlich aufgelösten Fleischsäften solche von Thierblut zu nehmen. Um die Zweckmässigkeit dieses Verfahrens zu prüfen, machte M. in der Klinik des Herrn Professor Dr. Mosler mehrere Versuche und theilt die Resultate mit.

Verf. bezweifelt zuerst die Ansicht des A. Ernest, nach dem das Blutklysma ebenso rasch neues Blut z. B. einem Verbluteten spendete, als die Transfusion. Wenn auch nach A. Ernest das Blut vom Rectum und S. romanum durch retrograde Peristaltik über eine 3 Fuss grosse Strecke der Darmschleimhaut verbreitet würde und so zur schnellen Resorption gelangte, so sei es doch völlig unzulässig anzunehmen, dass das Serum und die rothen Blutkörperchen als solche aufgesogen würden, und so sogleich als integrirende Bestandtheile das Blut des Empfängers bilden helfen. Ja und wenn es geschähe, so würde dies nur zum grössten Schaden gereichen, da die fremden rothen Blutkörperchen und das fremde Serum die rothen Blutkörperchen des Menschen zum Zerfall bringen würden.

Einen misslichen Punkt hebt Verf. noch hervor, dass nämlich die Hälfte von den infundirten 150—200 gr Blut selbst noch nach 24 Stunden mit dem Stuhl entleert werden und wenn Smith beim Gebrauch von Ochsenblut diesen Umstand nicht erwähnt, während der Verf. sich Schweineblutes bediente, so ist es kaum anzunehmen, dass das Ochsenblut ein grösseres Resorptionsvermögen besitze; würde doch nicht einmal menschliches Blut, welches z. B. nach Magenblutungen den ganzen Verdauungstractus passire, vollständig resorbirt.

Der grösste Vortheil der neuen Methode liegt in der grossen Billigkeit gegenüber den theuern Preisen der bisher üblichen künstlichen Ernährungssäfte.

Die erste Reihe von Versuchen bezweckte festzustellen, welchen Einfluss die Infusionen auf den Patienten haben und wie sie am besten angestellt werden.

Es wurde defibrinirtes Schweineblut benutzt, das auf Körpertemperatur gebracht war. Der Rest nach einem jeden Versuch wurde mit Eis kalt gestellt und auf 1000 gr 10 gr Chloralhydrat zur besseren Konservirung zugefügt.

I. Fall. Mädchen von 32 J. leidet nach überstandener Bronchitis an starker Anaemie. Am 25. März hatte sie vier katarrhalische Stuhlgänge, bekam Abends und ebenso den 26. Morgens ein Darmrohr mit Kochsalzlösung. Um 10 Uhr Morgens wurden ihr 150 gr Blut eingeführt, nachdem sie vorher 3 Stuhlgänge hatte.

Nach dem Darmrohr keine Schmerzen, kein Unbehagen. Um 1 Uhr und Abends 8 Uhr entleerte sie zwei blutige Stühle; in dem ersten war das Blut noch fast unverändert; der zweite roch stark fäculent.

II. Fall ist ganz ähnlich. Ein durch längeres Lungenl
untergekommener Knabe, 10 J. alt, der ebenfalls katarrhalis
gänge hatte, bekommt 10 Uhr Morgens nach denselben Vorb
mit Darmrohr und Kochsalzlösung 150 gr Schweineblut. U
und 3 Uhr zwei Stühle, völlig gleich den beiden obigen. Ei
mit 100 gr liefert dasselbe Resultat.

Verf. macht aus diesen beiden Versuchen den Schluss,
Enteritis die Blutinfusion zwar nicht schädlich, doch wegen er
Resorption erfolglos sein.

Der III. Versuch wurde mit einem 28jährigen Manne
der an Gastritis chronica litt. Nach denselben Vorbereitunge
ihm am 26. März 11 Uhr Morgens 150 gr Blut infundir
Abend erfolgte ein meist dunkel, stellenweise schwarz gefärb
kender, brandiger Stuhl. Auf das anderen Tages Morgens 1
gebene Klysma von 100 gr erfolgte erst am 29. ziemlich
Stuhlgang, stellenweis dunkel gefärbt. Auf ein Klystier, d
Uhr desselbigen Tages ebenfalls von 100 gr gesetzt wurd
dieselbe Nacht schwarzer brandiger Stuhl. In den vorhe
Fällen konnten durch das Mikroskop reichliche rothe Blutkörp
den Stühlen nachgewiesen werden, in letzterem Versuch nur

Eine Reihe von Versuchen mit mehr Blutflüssigkeit a
gaben schlechtere Resultate und bewogen Verf., nie mehr al
zu infundiren.

Bei einer Reconvalescentin n. Typhus beobachtete M., d
Erwärmung des Blutes die Resorption nicht befördert wer
wurde später stets kaltes Blut angewandt.

Im Urin zeigte sich blos das Indican vermehrt.

In einer 2. Reihe von Untersuchungen suchte M. die I
eines gewissen Quantums des infundirten Blutes nachzuweise

Hunde wurden bei vollständiger Ruhe stets gleichmässig
und die 24stündige Harnstoffmenge bestimmt. Nach Infusion v
defibrinirten Schweineblutes stieg die Harnstoffmenge durch
um 6,679 gr.

Analoge Resultate wurden bei einem Menschen erzie
den Klystieren hob sich die 24st. Harnstoffmenge um durchs
4,534 gr.

Bei einem hungernden Hunde betrug das Plus an Ha
Mittel 3,349 gr.

Die 3. Reihe von Versuchen sollte zeigen, wie länger fo
Blutklystiere auf geschwächte Individuen wirken.

Ein stark anämischer 55j. Arbeiter mit gestörter Verd
hielt 4 Wochen lang täglich 150 gr Blut. Sein Allgeme
besserte sich, die Hautfarbe wurde frischer und die Zahl d
Blutkörperchen nahm zu.

Ein 46 J. altes äusserst anämisches und elendes Indiv
hält dasselbe Quantum neben kräftiger leicht verdaulicher
Nach 20 Tagen hatte es 5 Pfd. zugenommen, die rothen Blutk
vermehrt, sein Befinden ein gutes. Von nun ab trat sei
Nasenbluten wieder ein und unter dem Mikroskop zeigten d
Blutkörperchen auffallende contractile Bewegungen, nach eini

unzählige Trümmer. Nach weiteren c. 20 Tagen hatte er wieder 4 Pfd. abgenommen.

Auch im 3. Fall dienten die Blutklystiere hauptsächlich zur Hülfsernährung und Restaurirung der Kräfte; nur 7 Tage lang, in denen Pat. 7 Pfd. abnahm, wurde er allein damit erhalten und so der Magen geschont.

3 Parallelfälle von Ernest ergaben dieselben Resultate unter ganz ähnlichen Verhältnissen.

Verf. kommt zu dem Resultate, dass diese Blutklystiere als Hülfsernährung zu verwerthen und wegen ihrer Billigkeit den künstlichen Ernährungssäften vorzuziehen seien, ohne sie aber an Leistungsfähigkeit zu übertreffen.

Menche.

---

516. **Nothnagel, Durst und Polydipsie.** (Virch. Arch. Bd. 86. S. 435.)

Das Durstgefühl wird bekanntlich verlegt in den Anfang des Verdauungsapparates. Es fragt sich nun, ob es immer von hier ausgeht, oder ob es auch durch centrale Ursachen erregt werden kann. Sehr instruktiv ist in dieser Richtung der mitgetheilte Krankheitsfall. Ein sehr kräftiger 35jähr. Mann wurde von einem Pferde gegen die linke Bauchseite geschlagen, fiel nach hinten über und schlug mit dem Hinterkopf auf den harten Erdboden. Die Besinnung verlor er in Folge hiervon nicht, aber es wurde ihm dumpf im Kopf. Längstens eine halbe Stunde nach dem Unfall verspürte Patient heftigen Durst, so dass er in den nächsten Stunden bis zu seiner Aufnahme in die Klinik sehr viel trank. Erst 2$^1/_2$ Stunde nach dem Unfall erfolgte die erste Urinentleerung. In der ersten Zeit in der Klinik waren beide Pupillen sehr eng, reagirten aber; daneben bestand Schmerz im Hinterkopf. Patient blieb 18 Tage im Krankenhause, hatte während dieser Zeit ausserordentlich viel Durst, (er trank anfangs bis zu 18 Liter Wasser täglich), der durch Eisstückchen nicht gebessert wurde, die ganze Haut war stets mit Schweiss bedeckt, der Harn enthielt weder Eiweiss noch Zucker, es trat niemals Fieber ein. Hier liegt also ein Fall von unzweifelhafter primärer Polydipsie vor. Der Durst war zuerst da, dann erst die davon abhängige Polyurie und die abnorm grosse Schweisssecretion. Und ebenso unzweifelhaft war dieses Durstgefühl durch centrale Momente veranlasst, denn die durch den Schlag auf den Bauch bedingte Schmerzhaftigkeit schwand bald und auch sonst wurde ein Grund für das Durstgefühl nicht gefunden. Eine genauere Localisation des „Durstcentrums" ist allerdings aus dieser Krankengeschichte unmöglich. Aber sie beweist, dass primäre Polydipsie vorkommt und dass also das Durstgefühl nicht immer aus Wasserarmuth der Gewebe zu entspringen braucht.

Ribbert.

---

517. **Dr. Schenkl** (Prag), **Casuistischer Beitrag zur As**
der Worte mit Farben. (Prag. med. Wochenschrift No. 4

Der Fall, den Verf. mittheilt, betrifft eine intelligente D
keinerlei nervöse Störungen darbot; dieselbe hatte die Eigen
keit, keinen Eigennamen hören zu können, ohne dass bei ihr
Vorstellung einer Farbe entstünde. Die Farbe, die sie bei
jedes beliebigen Eigennamens, gleichgiltig in welcher Sprache, e
ist niemals rein oder sehr lebhaft, sie bezeichnet sie z. B. a
gelb, grauroth, verwaschen violett, bläulichgrau u. s. w. Zu
ist, dass bei mehrern Familienmitgliedern desselben Eigennam
einzelne Mitglied der Familie in Verbindung mit dem Taufna
betreffenden jedesmal eine andere Farbe bei ihr hervorruft.
scheinung besteht seit der frühesten Kindheit. Für diesen Fa
nach Verf. dieselbe Erklärung zuzutreffen, die Kaiser (Co
der physiologischen Optik, Wiesbaden 1872) für den von il
achteten Fall gab, dass nämlich die betreffende Person in ihre
jahren die Worte mit Beihülfe ihrer Einbildungskraft im Gew
wisser Farben ihrem Gedächtnisse eingeprägt habe.

E. Schütz

---

518. **Dr. C. M. Brosius, Aus meiner psychiatrischen Wirk**
Eine zweite Adresse an die praktischen Aerzte. 58 S.

Indem der Verf. zum Zwecke der richtigen Prognose
handlung die Wichtigkeit betont, sich nicht mit der Subsumir
Geisteskrankheit unter einen der üblichen Krankheitsname
gnügen, vielmehr sich ein getreues Bild von dem Gesam
des Kranken und der anamnestischen Momente zu entwerfen,
dabei in Betracht kommenden Punkte aufgezählt, führt er
wendigkeit einer solchen Individualisirung auch für den Fall
man um Rath wegen der Heirath früher geistig erkrankt
oder hereditär neuropathisch belasteter Individuen angegan
Im Allgemeinen ist es vorsichtig, bei letzteren von Verheira
zurathen, dagegen kann dies nicht geschehen bei Personen o
ditäre Anlage, die von ihrer Geisteskrankheit seit mehrer
vollkommen geheilt sind, wofern sie nicht durch die Heirat
sichtlich in missliche Verhältnisse gelangen, die bei Gefah
für ein rüstiges Nervensystem eine neuropathische Constitut
schädigen können. Die folgenden Ausführungen über „da
der Ehefrauen“ lassen sich im Auszug nicht anschaulic
geben. (Ref. möchte es scheinen, dass ein Name für solche
ähnliche, ihrem Wesen und Werth nach aber so differente
stände (Hysterie, Verfolgungswahn etc.) der Sache nicht förde
kann.) — Die grosse Verantwortlichkeit, die man durch G

der Heirath Epileptischer auf sich nimmt, illustrirt die angeführte Statistik von Echeverria:

136 Epileptiker (62 M. 74 Fr.) hatten	553	Kinder
von diesen starben sehr jung	232	„
es waren defect (epilept., paralyt., idiot.)	216	„
es waren gesund nur	105	„

Von den 216 defecten waren 78 epileptisch, von den früh gestorbenen hatten 195 Convulsionen. Also bei ca. 50 % der Kinder Uebertragung der Epilepsie!

Im Weiteren werden eine Reihe den pract. Arzt interessirender Puncte besprochen: Die Behandlung der frischen Psychosen, wobei eindringlich vor dem beliebten Laienmittel „Zerstreuung“ in allen Fällen gewarnt wird; — die Nutzlosigkeit der Arzneimittel, besonders der Narcotica als Heilmittel, (Verf. sah oft bei schwachen, durch Schlaflosigkeit, Abstinenz und Aufregung erschöpften Kranken Erfolg von grossen Dosen alcoholischer Getränke, wo die Sedativa im Stich gelassen hatten), — dann die niemals genug zu betonende Nothwendigkeit, die Ueberführung frischer Fälle in eine Irrenanstalt möglichst zu beschleunigen, oder wo diese durch Vortheile und andere äussere Verhältnisse unmöglich gemacht wird, die Kranken in anderen Anstalten oder auf dem Land wenigstens unter ärztliche Leitung zu bringen. Drastisch geschildert und durch Beispiele illustrirt werden die Gefahren, denen besonders der Paralytiker und dessen Familie schon im Beginn der Erkrankung ausgesetzt ist, wenn demselben die Freiheit gelassen wird, und die Wichtigkeit, aber auch die Schwierigkeit einer frühzeitigen Diagnose gerade bei diesem Leiden hervorgehoben. — Den Schluss bildet eine längere Besprechung der „Zwangsvorstellungen“, deren Verhältniss und Uebergang zu den eigentlichen Psychosen und der damit verwandten Zustände der Grübelsucht, Folie du douse.

Auerbach (Köln).

---

519. **Dr. G. Fischer** (Canstatt), **Ueber Verlangsamung der sensiblen Leitung bei Tabes dorsalis.** (Berlin. klin. Wochenschrift 1881. Nr. 33 und 34.)

Nach den bisherigen Beobachtungen ist bei Tabes Verlangsamung der taktilen Leitung noch relativ selten, jedenfalls viel seltener als Verlangsamung der Schmerzleitung gefunden worden. F. hat dem ersteren Symptome grössere Aufmerksamkeit geschenkt und dasselbe in einer Anzahl von Fällen mit ausgesprochener Tabes, die er genauer beschreibt, mittelst einer groben aber für klinische Zwecke ausreichenden Methode konstatiren können. Die Zeit, die verfloss zwischen einer mit einem stumpfen Gegenstand oder mit der Nadel ausgeübten Berührung resp. Stich und der durch „Ja“ annoncirten Empfindung, wurde durch ein halbe Sekunden ausschlagendes Metronom bestimmt. Auf diese

Weise fand Verf. eine Verzögerung sowohl der Schmerzleit
auch der taktilen Leitung bis zu 15 Sekunden, und auffallend
war die Leitung für Schmerzeindrücke durchweg rascher als
Tasteindrücke. Die umgekehrte Inkongruenz zwischen den Ge
digkeiten dieser Erregungsvorgänge, d. h. verlangsamte Schmer
bei normaler taktiler Leitung, war schon wiederholt (E. I
Osthoff) beobachtet worden. In diesen Fällen wurde im Mon
Nadelstiches eine einfache Berührung, erst später Schmerz em
In den obigen Beobachtungen des Verfassers lag es nahe zu ve
dass ein einfacher Stichreiz zerlegt werde in eine etwas verla
Schmerz- und eine mehr verlangsamte Tastempfindung. Diese
thung fand F., als sich ihm wieder ein analoger Fall bot, in der
wiederholten Versuchen bestätigt: Bei einem Tabischen, bei
Verlangsamung der Tastempfindung an der rechten grossen Z
zu 14 Sekunden betrug, erfolgte 2,5" nach einem Stich Sch
pfindung, dann nach einer Pause „eine deutliche Tastempfindu
wenn Jemand den Fuss berührte". Nach dem Versuch bleibt
angenehme Nachempfindung stundenlang zurück. An der Sohle
regionäre Analgesien; an diesen Stellen fehlt die Schmerzem
und die Tastempfindung kommt verspätet. Wie auch bei den
so wurde in diesem Falle die Leitung bei jedem folgenden
rascher. Es gelang gewöhnlich höchstens 5—6 Mal nacheina
taktische Verlangsamung nachzuweisen. Da wir über den mech
Vorgang, der die Verlangsamung der Leitung bedingt, so gut
nichts wissen, lässt sich auch die Verbesserung der Leitungsg
digkeit während des Versuches nicht erklären. „Wir können
einer Art von Einübung sprechen".

Bei der Besprechung des beschriebenen Phänomens der „
empfindung" legt F. die bekannte Schiff'sche Hypothese ü
sensible Leitung im RM. zu Grunde. Abgesehen von einer ko
Anästhesie sind 4 Möglichkeiten denkbar:

1. Zerstörung der sensiblen Bahnen weisser Substanz, gest
Leitungswiderstand der grauen. Effekt: einfache Verlangsam
Schmerzempfindung.

2. Normale sensible Bahnen, gesteigerter Leitungswiderst
grauen Substanz. Effekt: prompte Tast-, verlangsamte Schmer
dung (Remak).

3. Leitungswiderstand in beiden Bahnen, grösser in der
als in der grauen Substanz: Verlangsamung der Schmerzemp
nach dieser erst Tastempfindung (s. obigen Fall).

4. Völlige Unwegsamkeit der grauen, gesteigerter Leitun
stand der weissen Substanz: Analgesie, verspäteter Tasteind
obigen Fall).

Die klinischen Beobachtungen bestätigen diese theoretisc
aussetzungen und somit die Hypothese Schiffs. Die Existenz d
Bahnen für Schmerz- und taktile Leitung erscheint unanfechtba
auch die Lokalisation derselben auf dem Querschnitt des R
nicht ganz feststeht. Ob das leitungshemmende Moment für di
Leitung in den weissen (Hinter- und Seiten-)Strängen zu su
oder in der von den Fasern durchlaufenen Strecke des grauen

ist ebenfalls noch zweifelhaft. Gegen die Annahme einer Leitungshemmung in den Hinterwurzeln oder in den Wurzelfasern spricht eine Beobachtung F.'s, welche den Widerstand jenseits der Einmündung der Reflexbahnen, anzunehmen zwingt: Prompte Reflexbewegung bei verlangsamter Empfindung.

Leitungsverlangsamung des Temperatursinnes, wie sie von verschiedenen Autoren gefunden worden, sowie des Drucksinnes hat F. in seinem Falle nicht beobachtet. Die Tastkreise waren erweitert, die faradokutane Sensibilität an den Zehen bei prompter Leitung herabgesetzt. Ferner bestanden lang anhaltende Nachempfindungen, die der Kranke bestimmt von Tast- und Schmerzeindrücken unterschied; auch diese sind bei Tabes schon mehrfach konstatirt worden.

Zum Schlusse wendet sich Verf. gegen die Hypothese von Takàcs, dass 1. die Ataxie stets mit sensibler Leitungsverlangsamung einhergehe; und 2. dass der Grad der Ataxie im geraden Verhältnisse zu letzterer stehe. Das für den ersten dieser Sätze angeführte zu geringe Material (12 nicht ataktische, 8 ataktische) beweise nur, dass die Verlangsamung häufig, nicht aber, dass sie konstant sei. F. vermuthet nach seinen Beobachtungen, dass die Verlangsamung der Tastleitung bei Tabes überhaupt häufiger ist, als man bisher angenommen. Den zweiten Satz von Takàcs bestreitet F. schon auf Grund seiner groben Untersuchungsmethode. In drei Fällen von sehr bedeutender Verlangsamung der sensiblen Leitung (8—14 Sek. an der Sohle) war die Ataxie keineswegs hochgradig, bei 2 exquisit Ataktischen aber keine Spur von taktiler Leitungsverlangsamung vorhanden. Es komme in dieser Frage jedenfalls auch in Betracht, an welcher Stelle die Verlangsamung der taktilen Leitung vorhanden sei. An der Sohle würde sowohl diese als eine Verlangsamung des Drucksinnes und des Muskelgefühles, worüber noch Untersuchungen anzustellen seien, wahrscheinlich zu Gehstörungen führen. Takàcs aber gibt nie die untersuchte Stelle an.

Stintzing (München).

---

520. **Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin.** Sitzung d. 31. Oct. (Deutsche med. Wochenschrift No. 47.)

Bei der Discussion der Frage der „Nervendehnung bei Tabes dorsalis“ theilt zuerst Herr Bernhardt einen Fall mit:

Die Hauptsymptome bestanden bei dem Patienten seit 1878 in schneller Ermüdung der Beine und den heftigsten Schmerzen, die durch Morphium stets bekämpft werden mussten, Fehlen des Kniephänomens und Ungleichheit der Pupillen. Beide N. crurales und N. ischiad. wurden den 29. Juni 1881 durch Herrn Dr. Langenbuch gedehnt. 15—16 Tage nach der Operation, nachdem bis dahin nichts besonderes eingetreten war, stand Pat. auf. Es wurde constatirt, dass Patient schwächer als früher war und nicht so gut gehen konnte. Die elek-

trische Erregbarkeit, die direkte wie indirekte, war für beide S
arten sehr herabgesetzt und bestand diese Herabsetzung noch
October. Von Entartungsreaction fand sich nichts. Die Sch
hatten in den ersten Wochen nach der Operation nachgelasse
schlimmerten sich Mitte September wieder, so dass man zur Mo
spritze greifen musste, und hatten sich höher hinauf gezogen,
empfand ein Gürtelgefühl um die Brust.

Im Auftrag des Herrn Dr. Wegener, Direktor des S
Krankenhauses, theilt B. weiter mit:

Bei 11 Tabetikern, die sehr lange leidend waren, deh
jedesmal die 4 oben genannten Nerven in einer Sitzung. Der
war in den ersten Tagen stets eine Abschwächung der mot
Kraft. Nach 10—14 Tagen besserte sich die Empfindung, sie
den wieder tiefe Nadelstiche, und es gelang einzelne auf die F
zu bringen, mit deren Hülfe selbst sie früher nicht gehen k
Doch hielten diese Resultate nur 3—4 Wochen an und dann vers
alles wieder. Auch nach den Beobachtungen von W. ziehen s
Schmerzen in Form von Intercostalneuralgien höher hinauf.
Paralytikern war der Erfolg vollständig negativ.

Herr Goltdammer berichtet: Bei einem 50jährigen Man
mehreren Jahren tabetisch, werden von Prof. Rose beide Is
auf dringendes Verlangen des Pat. gedehnt. Der Erfolg ist:
bilität, vorher gering beeinträchtigt, ist unverändert geblieben
sehr erheblichen Schmerzen sollen um eine Spur geringer ge
sein. Dagegen hat die Ataxie ganz ausserordentlich zugen
Dieses sind bis jetzt die Resultate 8 Tage nach der Operation.

Herr Israel theilt 3 Fälle mit:

Im ersten Fall, sehr hochgradig, wurde keine Aenderung
standes erzielt. Der Kranke hatte das Gefühl, als würde er
gehen lernen.

Im zweiten Fall, wo die grob-motorische Kraft vortreffl
halten war, starke Ataxie und Schmerzen in beiden Beinen bes
war der Erfolg der Dehnung der beiden N. ischiad. eine entsc
Verschlechterung. Mehrere Monate nach der Operation hatte di
motorische Kraft ausserordentlich abgenommen, die Ataxie war
geworden und das Ermüdungsgefühl so stark, dass er nicht im
war zu gehen. Die Schmerzen waren in mindestens demselben
geblieben. Nach der Operation hatte auch hier der Patient die
zeugung, er werde die volle Funktionsfähigkeit wieder bekomm

Ein Fall mit sehr günstigem Erfolg ist der dritte:

Ein langjähriger Tabetiker, 57 Jahre alt, konnte nur mit
eines Stockes unter dem Gefühle grosser Unsicherheit gehe
geschlossenen Augen fiel er. Stark gestörter Gang, starke Ata
rechten Armes. Totale Analgesie am ganzen Körper, tactile E
lichkeit ist herabgesetzt. Gürtelgefühl in der Höhe der letzten
Urinentleerung stündlich ohne Propulsionskraft mit Nachträufeln.
nung des linken N. ischiad. den 29. Juli. Patient hat nach de
nung seine Sensibilität vollkommen wiederbekommen, beinahe n
Lokalisationssystem. Gürtelgefühl und Reissen in den Beinen
schwunden. Er geht bis Charlottenburg ohne Stock. Schwank

geschlossenen Augen ist sehr gering. Gang ist wenig ataktisch. Gebrauchsfähigkeit der Hände ist gebessert. Das seit Jahren geschwundene Geschlechtsgefühl beginnt sich wieder zu regen. Patellarreflexe noch nicht wiedergekehrt. Dieser Status ist vom 31. Oct. Ohne Erfolg wurden von J. beide N. ischiadici bei einem 3jährigen Knaben mit angeborener spastischer Gliederstarre gedehnt und ein N. ischiad. bei Paraplegie in Folge von Wirbelcaries.

Herr Litten berichtet, dass auf der diesjährigen Naturforscherversammlung in Salzburg Niemand der Anwesenden über günstige Resultate zu berichten hatte, und wenn die Sensibilität und die Schmerzen sich besserten, so war dieser Erfolg schnell vorübergehend.

Herr Strassmann sah im Lazaruskrankenhaus einen vor 3 Wochen operirten Tabetiker, der vor der Operation von heftigen Schmerzen geplagt war und jetzt versicherte, schmerzfrei zu sein. Ataktischer Gang war nicht auffallend.

Herr Leyden glaubt, dass die psychische Aufmunterung an den scheinbaren Erfolgen wesentlich betheiligt ist und die Nervendehnung nur einen Erfolg habe bei krampfhaften Erscheinungen, so besonders bei Facialiskrämpfen. So machte Herr Direktor Hahn bei einer seit 2 Jahren an Facialiskrampf leidenden Dame auf Rath von L. die Operation mit dem Erfolg, dass zuerst eine Facialislähmung eintrat, die aber heilte und der Krampf seitdem vollständig verschwand.

Menche.

---

521. **Carl Elias** (Breslau), **Ueber eine doppelseitige Dehnung des Nervus ischiadicus bei vorgeschrittener Tabes.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. Nr. 21.)

Der 48-jährige, früher gesunde Patient des Verfassers litt seit vier Jahren an unzweifelhafter, vorgeschrittener Tabes dorsalis. Ohne Hoffnung, die Krankheit zu beseitigen, waren es zwei hervorstechende Symptome, die den Verf. zur Operation bestimmten: überaus schmerzhafte Muskelkrämpfe (die sich blitzartig von der Hüfte bis zu den Zehen fortsetzten; solche Contractionen konnte man in den einzelnen Muskelgruppen von oben nach unten mit grosser Geschwindigkeit sich wellenförmig fortbewegen sehen); sodann die dem Kranken höchst unangenehme Anäthesie in beiden untern Extremitäten. Die Operation selbst ist (nach dem Verf.) unter antiseptischen Cautelen vollkommen gefahrlos[1]. Der Verf. schlägt vor, den Ischiadicus an seiner möglichst hoch erreichbaren Stelle, direkt bei seinem Austritte aus dem Becken, aufzusuchen. Der Pat. blieb mehrere Wochen nach der Operation zu Bett; hierdurch trat „eine enorme Erschlaffung und Abnahme der Mus-

1) Berger (Breslau) citirt einige Fälle mit tödtlichem Ausgang (s. Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. Nr. 22.).

culatur an beiden untern Extremitäten ein, die erst durch eine m
wöchentliche Massage beseitigt werden konnte." Der mehrere Mo
nach der Operation constatirte definitive Erfolg bestand in einem
deutenden Nachlass der Muskelkrämpfe; die Contractionen waren n
ganz beseitigt, doch nur mehr von kurzer Dauer, geringer Inten
und wenig schmerzhaft; sodann hatte die Sensibilität an beiden un
Extremitäten bedeutend zugenommen. Der Kranke fühlte sich im
gemeinen weit besser; doch war der Gang bei kräftiger Unterstütz
noch ebenso ataktisch wie früher, und es fehlten auch jetzt noch
Patellarreflexe. — Bei wirklicher Tabes ist nach dem Verf. die Ner
dehnung nur ein symptomatisches Heilmittel.

Wolffber

---

522. **Dr. P. Christeller, Ueber Blutdruckmessungen am Mens unter pathologischen Verhältnissen.** (Zeitschr. f. klin. Med. B. 1. H. S. 33.)

Die mit dem von v. Basch angegebenen Sphygmomanom
dessen Leistungsfähigkeit zugleich geprüft werden soll, angeste
Untersuchungen beziehen sich auf Blutdruckmessungen am Mens
unter pathologischen Verhältnissen:

1) bei Anomalieen des Circulationsapparates im weit
Sinne.

Die in diese Gruppe eingereihten Beobachtungen betreffen
von Erkrankungen des Herzens und der Gefässe selbst; von
Organerkrankungen des Abdomens die Nephritis mit und ohne H
hypertrophie, und von Affectionen des Respirationsapparates Fälle
Angina pectoris, Asthma bronchiale und Pleuritis exsudatura bei
verschiedenen älteren und frischeren Erkrankungen des Herzens in
verschiedenen Stadien der Compensation (Insuff. d. Mitralis (3 Fä
Insuff. d. Aorta und Mitralis (1); acute Endo- und Pericarditis (1);
latation und Hypertrophie ohne Klappenfehler (1)) fanden sich
gemäss auch verschiedene Werthe des Blutdrucks, welche zwis
70 u. 140 Hg. mm schwankten. Es zeigte sich, dass bei den
compensirten Herzfehlern die aus den verschiedenen Beobachtu
resultirenden Mittelwerthe relativ hohe Zahlen darstellten, während
schlechter Compensation dieselben der unteren Normalgrenze
nahe kamen, somit der Blutdruck erniedrigt ist. In dem einen Fall
Hypertrophie und Dilatation des Herzens ohne Klappenerkrankung,
nur geringer Arteriosclerose, war der Druck höher (140 Hg. mm)
bei den anderen Herzfehlern.

Ueber den Einfluss der Digitalis auf den Blutdruck wurd
2 Fällen gestörter Compensation die Beobachtung gemacht, dass u
dem Gebrauch derselben eine erhebliche Drucksteigerung
hergeht, was sich auch durch die Vermehrung der Harnm
kund gab.

In den Fällen von Arteriosclerose und Nephritis chronica, bei welchen es zu physikalisch nachweisbaren Veränderungen im Circulationsapparat bereits gekommen (bes. Hypertrophie des L. Ventrikels), erhebt sich der Blutdruck fast ausnahmslos über die Grenzen des Normalwerthes, während bei Nephritis chronica ohne Herzhypertrophie der Blutdruck sich innerhalb normaler Zahlen bewegt.

Die gefundenen Mittelwerthe schwanken bei Arteriosclerose zwischen 104—160 Hg. mm, bei Nephritis mit Herzhypertrophie von 134—194, bei Nephritis ohne eine solche von 80—122 Hg. mm.

Bei den in diese Gruppe eingereihten Fällen von Angina pectoris, Asthma bronchiale, Pleuritis exsudatura schwankte der Blutdruck im ersten zwischen 140 u. 150 Hg. mm. Es bestand hier eine durch einen phthisischen Schrumpfungsprocess der Lunge herbeigeführte starke Dislocation des Herzens. Auch in dem zweiten Fall von Asthma bestand keine Druckerniedrigung (120—130 Hg.). In dem dritten von Pleuritis war nach der Punction des Exsudates ein Abfall des Blutdruckes von 120 auf 100 zu constatiren, dem ein rasches Ansteigen bis 140 folgte, welche Höhe mit zunehmender Kräftigung des Patienten annähernd erhalten blieb. Das auffällige nicht erwartete Sinken nach der Punction erklärt Ch. durch die derselben nachfolgende allgemeine Schwäche, den leichten Collaps des Patienten.

2) bei Intoxicationen.

Die Frage, in wie weit der Blutdruck unter dem Einfluss bestimmter Substanzen eine Aenderung erleidet, wird von Ch. in Fällen von chronischen und acuten Intoxicationen mittelst des Sphygmomanometers zu eruiren versucht. Während in der ersten Gruppe möglichst absolute Werthe (wenn auch nur annäherungsweise) erstrebt wurden, sind die bei diesen Beobachtungen gefundenen Zahlen jeweils nur als relative zu betrachten.

In 2 Fällen von Bleiintoxication wurde die mittelst Digitalpalpation schon deutliche Druckerhöhung in den Arterien auch durch den Apparat auf rein physikalische Weise bestätigt.

Bei den Untersuchungen über Druckveränderung bei acuten Intoxicationen, zunächst des Morphium, kamen mit Ausnahme eines einzigen Falles nur gesunde Individuen zur Verwendung, und wurde das Morphin nur in schlafmachender Dosis (0,001—0,01) injicirt. Die Resultate dieser in 10 Tabellen und Curven übersichtlich zusammengestellten Versuche zeigen, dass bei einmaliger Einspritzung oft sofort, oft auch erst kürzere Zeit nachher eine ziemlich beträchtliche Herabsetzung des Blutdrucks (zwischen 20 und 40 Hg. mm) hervorgebracht wird, welche eine gewisse nicht genauer bestimmbare Zeit andauert, am folgenden Tage jedoch zu den alten Werthen zurückgekehrt ist. Diese Druckschwankungen bewegen sich innerhalb der Normalgrenzen. Es stehen diese Befunde somit, gegenüber den Untersuchungen von Witkowsky, mit denen von Binz mehr im Einklang, wenn Letzterer auch diese druckerniedrigende Wirkung des Morphins nur für toxische Dosen zugiebt. Die unter gleichen Bedingungen angestellten Untersuchungen mit Ergotin führten in 3 Fällen zu dem Ergebniss, dass jedenfalls nach Einspritzung (0,1) eine nicht unbeträchtliche Steigerung des ar-

teriellen Blutdruckes eintritt, welche verschieden lange Zeit anhäl scheinbar mit der verabreichten Dosis in geradem Verhältniss st
Bei Anwendung von Chloralhydrat (1,0 nur in 1 Fall) v eine Drucksteigerung von ca. 20 Hg. mm, mit einem Abfall auf ganz den Anfangswerth beobachtet.
Ueber die Verwerthbarkeit des Apparats äussert sich V. den bei obigen Versuchen gemachten Erfahrungen dahin, dass de „für alle diejenigen Beobachtungen und Experimente ausserorde geeignet ist, bei denen es sich um Messungen von relativen Blutd steigerungen resp. Abfällen handelt, also insbesondere für Intoxika versuche, dass er dagegen für die Bestimmung absoluter Werthe, al die Bestimmung der Grösse des Blutdrucks, wie er durch patholog Verhältnisse sich gestaltet, sowie für die Vergleichung von D werthen bei mehreren Individuen nur in beschränktem Maasse An dung finden kann.“

Hindenlang (Freibur

---

523. **M. Bouilly, Déchirure du poumon par contusion vio des parois thoraciques, hémo-pneumo-thorax.** Zerreissung Lunge durch heftige Erschütterung der Thoraxwände, Hämopne thorax. (Gaz. des hôpitaux, 1881. Nr. 141.)

Ein 16 Jahre alter Maurer stürzte aus einer Höhe von Metern herab. Starke Afregung und Delirien liessen (am folge Tage) zunächst an eine Schädelverletzung denken; auf der an Seite legte die grosse Blässe der Haut und der sichtbaren Sch häute den Gedanken an eine innere Blutung nahe. Es fand sic rechtsseitiger Hämopneumothorax. Da weder eine Rippenfraktur irgend eine andere Verletzung sich äusserlich nachweisen liess, m man annehmen, dass eine Zerreissung des Lungengewebes mit Au von Luft und Blut stattgefunden habe. Solche Zerreissungen ko durch einen Stoss oder Fall, welcher mit genügender Heftigk grösserer Ausdehnung den Thorax trifft, bei jungen Leuten mit tischem Thorax zu Stande, wenn die Lungen mit Luft gefüllt und die Glottis geschlossen ist. Diese letzteren Bedingungen t durch das Angstgefühl, welches bei dem Herabstürzen bis zum Auf besteht, ein. Die Menge des ergossenen Blutes war bedeutend, so die Zerreissung Gefässe zweiter oder dritter Ordnung betroffen h muss. B. entleerte bei drohender Asphyxie ein Liter schwarzen B Der weitere Verlauf war bisher (6. Tag) ein befriedigender.

E. Bardenhew

---

524. **Dr. Seiler** (Geh. Med.-Rath Dresden), **Ascites im kindlichen Alter.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 26.)

Dr. S. theilt zunächst die Krankengeschichte eines 13jähr. Mädchens mit, das mit hochgradigem Ascites behaftet war. Nach der Punction zeigte sich die Leber sehr stark geschwellt, bis über die Nabellinie herabreichend. Durch Einreibung mit Ungt. cin., Gebrauch von Jodkali und Anwendung Priesnitz'scher Einwickelung wurde die Wiederkehr des Ascites verhütet; die Leber blieb noch gross, war aber nach später vorgenommener Untersuchung zur Norm zurückgekehrt und die Kranke vollkommen genesen. Dr. S. bezieht sich auf noch 3 andere völlig analoge Fälle seiner Beobachtung, geht die Bedingungen der Flüssigkeitsansammlung im Bauchraume bei Kindern durch und kommt zu dem Schluss, dass

1) „der einfache Ascites im kindlichen Alter, sobald Tuberculose ausgeschlossen, immer auf Hepatitis syphilit. diffus. oder circumscr. gummosa beruht, auch in solchen Fällen, wo sonstige Zeichen einer syphilitischen Erkrankung fehlen.

Die bisher bekannten Fälle gehören in die Kategorie der Syphilis hereditoria tarda.

2) Derselbe durch Quecksilber oder Jod, oder Combination dieser Heilmittel immer heilbar ist.“

„Die einzige andere Möglichkeit ist die, dass im kindlichen Alter eine heilbare, einfache hypertrophische Lebercirrhose vorkömmt.“

R.

---

525. **E. Leyden, Ueber das erste Stadium des Morbus Brightii und die acute oder frische Nephritis.** Nach einem Vortrage, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte zu Frankfurt a. M. (Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. III. H. 1.

Verf. beabsichtigt nicht, ganz neue Gesichtspunkte zu eröffnen, sondern die bisherige Entwickelung durch eigene Untersuchungen und Beobachtungen zu vervollständigen und für die Aufgaben der ärztlichen Thätigkeit zugänglicher und nutzbarer zu machen. — Als Eintheilungsprincip wählt L. mehr das aetiologische, nicht ohne daran zu erinnern, dass hiermit das Studium der pathologisch anatomischen Vorgänge eng verbunden werden muss, um den Fehler des Schematismus zu vermeiden.

Nach diagnostischen Vorbemerkungen über die Albuminurie, insbesondere über das Sediment, schickt Verf. eine kurze Besprechung der „febrilen Albuminurie“ der eigentlichen Abhandlung voran. Dieselbe wird im Gegensatz zu der meist angenommenen Auffassung einer nicht realen, als Symptom einer abortiven acuten Nephritis einer „fibrilen Nierenaffection“ angenommen; sie werde hervorgerufen durch den Reiz

gewisser, während der Entwickelung der Infektionskrankhe
dener und zum Theil in die Niere geführter Keime. Als St
das wenn auch sparsame Auftreten morphotischer Elemente, der
Nachweis von Microorganismen (Merkwald, Kannenberg
das häufige Missverhältniss der Albuminurie zur Höhe des F
geführt. — Die II. Form ist die acute (desquamative, infectiöse)
Die einzelnen Unterabtheilungen sind: 1) Scarlatinanephritis (G
nephritis Ribbert, Traube, Klebs). 2) Nephritis bei Febris
3) Nephritis nach Diphtherie und Angina. 4) Nephritis nach P
5) Nephritis nach typhus abd. 6) Nephritis bei und nach acute
rheumatismus. 7) Die spontane, acute, desquamative Nephriti
ders hervorzuheben ist hier die Beobachtung L.'s, dass auch n
desquamativen Nephritiden mit Capsulitis (für die Scharlac
habe Friedländer auch bereits dasselbe constatiren können
reits in diesem Stadium Hypertrophie und Dilatation des l.
ausbilden kann. Der Fall, der nach einem Abdominaltyphu
wird ausführlich mitgetheilt. Auch die Nephritis nach Ge
matismus wird durch zwei Mittheilungen illustrirt. Verf. ma
aufmerksam, dass gerade diese Form eine Disposition zu
und chronischem Verlaufe zeigen. — Als III. Form der acuten
wird die septische angereiht, daran schliesst sich als IV.
nephritis oder Nephritis ascendens an. In der als V. au
Form, „die toxische Nephritis", geht L. auf die nach Kali chlo
brauch beobachteten genauer ein. Die Nephritis durch Nied
von Salzen in den Nieren hervorgerufen (VI. Form) und die
von chronischen Hautkrankheiten öfters beobachtete (VI
schliessen die Reihe. — In den nun folgenden therapeutisch
kungen macht Verf. darauf aufmerksam, dass gerade aus de
Kenntniss der einzelnen Formen und Arten in der Therapie
werthe Früchte entnommen werden können. — Es werden zu
die einzelnen Indicationen und therapeutischen Principien
erörtert.

Lachmann (Frankfurt

Berichtigung.

In Nro. 35, S. 549, Z. 10 von oben lies: nicht gut statt r

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnellere lung der Referate die Separatabzüge an die Redaction e zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **24. December.** **Nro. 38.**

526. **Dr. Julius Uffelmann** (Professer der Medicin an der Universität Rostock), **Handbuch der privaten und öffentlichen Hygiene des Kindes, zum Gebrauch für Studirende, Aerzte, Sanitätsbeamte und Pädagogen.** (Leipzig 1881.)

Verf. behandelt in der Einleitung zunächst die Geschichte der Hygiene des Kindes, und zwar deren practische wie wissenschaftliche Leistungen. Er erwähnt die ersten Anfänge einer Hygiene des Kindes bei den Aegyptern und Indern, bespricht sodann die in Bezug auf die Gesundheitspflege getroffenen Massregeln und Einrichtungen bei den alten Griechen und Römern, und weist bei Letzteren auf den ersten Beginn einer öffentlichen Fürsorge für unbemittelte Kinder hin. Von Nerva und später Trajanus wurden die ersten Anordnungen zur Ernährung und Erziehung von Knaben und Mädchen dürftiger Eltern getroffen, Antoninus Pius gründete die Faustinische Versorgungsanstalt für arme Mädchen, und von Alexander Severus stammt die Stiftung der mammäischen Knaben und Mädchen. Auch für die Hygiene des Kindesalters bei unseren deutschen Vorfahren bringt Verf. eine Reihe von Belägen. Er bespricht sodann die Einrichtungen, die im Mittelalter zur Fürsorge für die kindliche Bevölkerung getroffen waren. Wir erfahren, dass es schon damals Pflegeanstalten zur Aufnahme von ausgesetzten Kindern gab; unter den Wohlthätigkeitsinstituten in der Zeit

des Justinianus werden die Brefocrophien namhaft gemacht, an vi
Orten entstanden schon sehr früh Waisenhäuser, und in einigen
tälern existirten sogar Zimmer, die der allerdings recht mangelha
Krankenpflege der armen Kinder dienten. Was das Schulwesen bet
so lernen wir die ersten christlichen Schulen der Benedictiner in
Jahrhundert, die Kathedralschulen, die Schulen in Klöstern und
ten, die durch Carl den Grossen besonders gefördert wurden, und
deutschen Volksschulen kennen. Erwähnenswerth ist noch, dass sc
während des Mittelalters in Italien Kleinkinderschulen existirten, we
grosse Aehnlichkeit mit den modernen Kleinkinderbewahranstalten
ten. Die Heilkunde für das Kindesalter lag im Mittelalter noch
im Argen, und beispielsweise sind Mittel gegen Beschreien und
hexen, als fleissiges Gebet der Eltern sowie das Umhängen von
rallen oder Saphir um Hals und Hände der Kinder an der Tages
nung. Was das Schulwesen betrifft, so hatte dasselbe seit der Re
mation einen grossen Aufschwung genommen, doch war von einer R
sichtnahme auf die Gesundheit der Schüler noch keine Rede. Mit dem
Jahrhundert bemerken wir ein reges Schaffen auf dem gesammten
biet der Hygiene, aber der Einfluss von einsichtigen Aerzten „
selbst die generellen Massnahmen der Regierungen machen sich n
wenig geltend. Für die Reform der Kinderhospize und speciell
Findelhäuser traten Armstrong und T. P. Frank in die Schran
und in der That wurde in einer Reihe von Waisen- und Findelansta
(z. B. Pforzheim und Cassel) manches gebessert. Sehr traurig
der gesundheitliche Zustand in den Findelhäusern. Aussergewöhn
häufige Syphilis bei den armen Kindern, unzweckmässige Nahru
grosse Unreinlichkeit, und übermässige Ueberfüllung der Säle mit
tienten bedingten eine abnorme Mortalität. Zur Prophylaxis der ü
tragbaren Kinderkrankheiten war bisher eigentlich Nichts geschel
das 18. Jahrhundert brachte eine grosse Reform auf diesem Gebi
indem die Inoculation der Pocken gegen die Blattern angewandt wu
Nicht gut sah es während des 18. Jahrhunderts auf dem Geb
der Schulgesundheitspflege aus. Die humane Strömung unseres Ja
hunderts hat sich in herrlicher Weise mit der hygienischen verei
und beide haben gerade zu Gunsten der Kinder bedeutsamen Se
gespendet. „Bezüglich der künstlichen Ernährung der Kinder ist
Fortschritt insofern zu erwähnen, als eine Abnahme der Auffütter
mit Mehlbrei eingetreten ist, die Verwendung des sogenannten Lut
beutels eine entschieden geringere, die Verwendung zweckmässi
Saugflaschen eine mehr verbreitete geworden ist. Von wesentlich
Vortheil ist die Wiederaufnahme der leiblichen Uebungen. Zu
practischen Leistungen der öffentlichen Hygiene des Kindes sind
zählen die sanitären Reformen in der Wohnungshygiene, die Anl
von öffentlichen Spiel- und Erholungsplätzen in Städten, sowie
Erlass von Gesetzen über Verfälschung der Nahrungsmittel spec
der Milch, und die Einführung von controlirten Milchkuranstalten. E
ungemein wichtige und fundamentale Reform hat sich in Bezug
die öffentliche Fürsorge für erkrankte Kinder durch die Anlage ei
grossen Anzahl von Kinderspitälern, Ambulatorien und Kinderpoli
niken vollzogen. Einen besonderen Nutzen haben für scrophulöse

rhachitische Kinder die Seehospize in Italien, Frankreich geschafft. In jüngster Zeit wurden ähnliche Anstalten zu Scheveningen, zu Refnaes in Dänemark, zu Norderney, zu Wyk auf Föhr, zu Gr. Müritz in Mecklenburg gegründet. Zur Pflege kränklicher Kinder richtet man Schulsanatorien ein, schuf man sogenannte Feriencolonien, und für Blinde- und Taubstummeninstitute, sowie für Behandlung und Pflege von Idioten ist Vieles geschehen. — In Bezug auf die Prophylaxis übertragbarer Krankheiten wurden Gesetze erlassen, die sich auf Anzeigepflicht, auf Isolirung, auf Desinfection von Kleidung und Gebrauchsgegenstände beziehen. V. bespricht sodann die Fürsorge für die in fremde Pflege gegebenen Kinder, und speciell die für arme und verwaiste Kinder so segensreiche Einrichtung der Familienpflege, ferner die Gründung von Krippen und Kleinkinderbewahranstalten, endlich die Verbesserung des Findelwesens, und die wirksame Fürsorge für die in Fabriken und Werkstätten beschäftigten Kinder. Thatsächliche Reformen der Schulgesundheitspflege fanden in den letzten Jahren Statt, und erwähnenswerth ist, dass in unser Jahrhundert die erste Einrichtung von Kindergärten fällt. Verf. bespricht sodann die allmählige Fortentwickelung der wissenschaftlichen Gesundheitspflege an der Hand der wichtigsten Werke über dieselbe. Er beginnt mit den Schriften, welche von den alten Aegyptern und Indiern uns überliefert sind, und erwähnt bis auf unsere Zeit die für die Hygiene des Kindesalters wichtigsten Schriften, die ins Unendliche angewachsen sind. — Er behandelt sodann die Lehre von den Geburts- und Sterbeverhältnissen der Kinder, an welche sich die kaum von ihr zu trennende Lehre von den vornehmsten Krankheiten des Kindes und den Ursachen derselben anschliesst. Die aus grossen Zahlen gewonnene Absterbeordnung der Kinder und speciell des Säuglingsalters wird durch zahlreiche Momente beeinflusst, so durch das Klima des Landes, durch die Jahreszeit, vielleicht durch Raçeneigenthümlichkeiten; von bestimmendem Einfluss auf die Kindersterblichkeit ist auch die Geburtsziffer, der Preis der Lebensmittel (in theuren Jahren ist die Kindersterblichkeit grösser als in billigen) und in gewisser Weise die Wohlhabenheit oder Armuth der Eltern. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist der Gesundheitszustand der Eltern und den massgebenden Ausschlag giebt wohl die Art der Pflege des Kindes und die Ernährung des Säuglings. Einen wichtigen Theil der Pflege des Kindes bietet auch die Salubrität der Wohnungen.

Wo eine wesentliche Herabstimmung der Kindersterblichkeit stattfand, muss dies in erster Linie auf Rechnung der mittlerweile eingeführten Schutzpockenimpfung gesetzt werden. Eine gesteigerte Mortalität hat sich in einigen Ländern, und in den meisten grössern Städten vollzogen. —

Die verschiedenen Altersklassen der Kinder werden in „sehr verschiedenem Maasse von Krankheiten befallen; „von grosser Wichtigkeit für die Hygiene ist es, den Einfluss, wenigstens der vornehmsten Kinderkrankheiten auf das Leben und die Gesundheit kennen zu lernen.“ Dazu gehören die Lebensschwäche, die Krankheiten des Verdauungsapparates, die Krankheiten der Athmungsorgane, die Infectionskrankheiten, die Krankheiten des Nervensystems, die Psychosen und die schweren Erkrankungen des Auges. Ungefähr eben so gross wie die

Zahl der Blinden ist die der Taubstummen. Ueber die Freque constitutionellen Krankheiten des Kindesalters, wie über die Hä der chirurgischen Krankheiten besitzen wir keine irgendwie Ziffern. —

Die Aetiologie der vornehmsten Kinderkrankheiten liegt zu in der geringen Widerstandskraft des kindlichen Alters gegen Schädlichkeiten; eine wesentliche Rolle spielt dabei die hereditä position, ferner mangelhafte oder unzweckmässige Pflege, sov Erkältung. Die Erreger der zymotischen Krankheiten befallen v weise den kindlichen Organismus; traumatische Einflüsse sind ätiologisches Moment anzuschuldigen. V. bespricht sodann die U der Lebensschwäche, der Verdauungskrankheiten, der Krankheit Athmungsorgane, der Infectionskrankheiten, der Krankheiten des N systems, der Sinnesorgane, der constitutionellen Erkrankunge Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie der Hautkrankhei

Die private Hygiene des Kindes befasst sich mit der Pfle Kindes von der Geburt bis zum Eintritt in die Pubertät; sie b 1) die Ernährung des Kindes, 2) die Pflege der Haut, Kleid die Wohnung, Kinderstube, Schlafzimmer, Bett, 4) die Pflege d mungsorgane, 5) die Pflege des Knochen- und Muskelsystems, 6) die Pflege der Sinne, 7) die Pflege der geistigen Gesundheit, Berücksichtigung fehlerhafter, gesundheitlich nachtheiliger Gewoh des Kindes. Bei der Ernährung des Kindes im ersten Lebe behandelt V. zuerst die Physiologie der Verdauung und die Phys des Stoffwechsels beim Säugling, und geht sodann zur Bespr der Methoden der Ernährung des Säuglings über. Wir erfahre führliches über die Untersuchung und Ausnutzung der Fraue über die Zahl und das jedesmalige Quantum der Mahlzeiten; spricht über die Dauer des Anlegens, über die Pflege der W die Entwöhnung und über die Ernährung während des Entwö sowie über das Verbot des Selbststillens, die Auswahl und die I weise der Ammen. Sodann kommt er auf die künstliche Ern des Säuglings, stellt die allgemeinen Forderungen bezüglic künstlichen Ernährung auf, hebt die besonderen Eigenthü keiten der Säuglinge hervor, und bespricht dann auf das A lichste die Ernährung mit Kuhmilch (süsse Molken — Butter Ziegenmilch, Stutenmilch, condensirter Milch, dem Rahmge mit Mehlbrei und Kindermehlsuppen und den Werth der Ernäh methoden. Zu den Surrogaten der Milch gehören schottisches mehl, präparirtes Gerstenmehl, Liebig's Kindermehlsuppe, Kind von Nestle, Faust, Schuster, Gerber, Giffey, Schiele & Comp., Fr Dr. Coffin, Ridge, der Anglo Swiss condensed milk company in u. a., die Liebig'sche Kindersuppe in Extractform; von anderen gaten der Kuhmilch werden erwähnt Timpe's Kraftgries, Aue Kindermalzpulver, Maizenamehl, Arrow-root, die Leguminosenmeh Hartenstein, Zoalenta, Eier in verschiedenen Mischungen, endlich F brühe in mannigfachen Formen. V. bespricht dann die Ernähru Kinder in allen Altersklassen, und betont, dass in keiner Perio Entwicklung nach dem Eintritt in das dritte Lebensjahr die Ernä des Menschen gleicher Aufmerksamkeit bedürfe, wie in der Zei

vor der Pubertät. Die Hautpflege des Kindes (Bäder und Waschungen), die Behandlung des Nabels, die Kleidung des Kindes, die Hygiene der Wohnung, die Auswahl der Kinderzimmer, der Schlafzimmer der Kinder, die Betten und Wiegen werden in den folgenden Abschnitten ausführlich besprochen, und die Pflege der Athmungsorgane, die Entwicklung des Brustkorbes, die Athmung des Kindes, die Pflege des Knochen- und Muskelsystems, der Schlaf des Kindes eingehend beleuchtet. Es folgt sodann ein Abschnitt über die Pflege der Sinne und der geistigen Gesundheit, und eine Besprechung der fehlerhaften gesundheitsschädlichen Gewohnheiten.

Der zweite Theil des Buches behandelt die öffentliche Hygiene, und in dem ersten Abschnitt bespricht der Verf. die „generelle Hygiene", in dem zweiten die Fürsorge für bestimmte Klassen der Kinder. Eine der vornehmsten Aufgaben der generellen Hygiene ist zweifellos die Ausbreitung hygienischen Wissens, vor Allem muss dahin gestrebt werden, dass die Aerzte in der Hygiene des Kindes durchaus bewandert sind, und dass daher diese wichtige Disciplin auf unseren Hochschulen gelehrt werde, und dass ihre Hauptkapitel, das der Ernährung, Hautpflege, Prophylaxis der übertragbaren Krankheiten ein Gegenstand der Staatsprüfung seien. Nicht minder nöthig ist die Unterweisung und Prüfung der Hebammen in der Hygiene des Kindes. Ausbildung von Kinderwärterinnen, von Lehrerinnen für Kleinkinderschulen, Kindergärtnerinnen, Belehrung der Kostfrauen ist im Interesse der generellen Hygiene nothwendig. V. hebt sodann hervor, einen wie grossen Werth es haben würde, wenn auch auf den Volksschullehrerseminarien ein Unterricht, speciell in der Schulgesundheitspflege statt hätte, plaidirt für den higienischen Unterricht in den höheren Schulklassen, besonders der Mädchenschulen, und tritt dafür ein, dass die Grundlehren der Kinderpflege im ganzen Volke Verbreitung finden müssten. Ein weiteres Mittel, das Gedeihen des Kindes zu fördern, bestände darin, Massnahmen zu fördern, durch welche der Wohlstand in den unteren Klassen gehoben, die Sittlichkeit in denselben gefördert würde. Es bedarf aber auch der Gründung gewisser humanitärer Anstalten zu Gunsten der Kinder, besonders der Gründung von Spitälern, von Krippen, Bewahranstalten u. s. w. Die Nahrungsmittelhygiene, die Marktkontrole, die Schutzmaassregeln vor ungesunder Milch, die Gesetze, die controlirten Milchwirthschaften werden ausführlich besprochen. Eine Kontrole wäre nöthig für die Surrogate der Milch, das Obst, für Conditoreiwaaren, für Gebrauchsgegenstände, als Kautschukmundstücke, Kinderwagen, Kinderspielwaaren, die mit giftigen Farben bemalt sind. Von ganz besonderem Einfluss für die Gesundheit der Kinder ist die Beschaffenheit der Wohnung. Verf. spricht den Wunsch aus, dass wie in England und Frankreich auch in Deutschland Gesetze und Institutionen ins Leben gerufen werden, womit bestimmte Behörden das Recht und die Pflicht hätten, die Wohnungen auf ihre Salubrität zu untersuchen, und gegen notorisch insalubre Häuser einzuschreiten. Im Allgemeinen scheint man dieser wichtigen Angelegenheit in deutschen Städten eine viel zu geringe Aufmerksamkeit zu schenken. Für Spiel- und Erholungsplätze muss von Seiten der Communen Fürsorge getroffen werden; zweckmässige Gesetze über öffentliche Spiel- und Erholungsplätze

existiren nur in England. Unter den generellen Massnahmen
endlich diejenigen erwähnt, welche die Verhütung der übert
Krankheiten des Kindesalters zum Gegenstand haben. Schon d
retische Betrachtung legt es nahe, anzunehmen, dass die Sc
die physische Entwicklung des Kindes von nicht grade günsti
fluss ist. Die Kurzsichtigkeit, die Scoliose, Dyspepsie, Blässe,
schwäche, hochgradige Nervosität und geistige Schlaffheit, häu
derkehrende Kopfschmerzen, öfteres Nasenbluten, selbst das A
von Brustaffectionen und psychischen Störungen, selbst von Kr
den mit der Schule in ursächlichen Zusammenhang gebracht, u
darauf hingewiesen, dass die Schuljugend notorisch den übert
Krankheiten in erhöhtem Maasse ausgesetzt ist. Die dafür
benen Gründe werden auf das eingehendste erörtert. Es wä
solchen Gefahren gegenüber eine sanitäre Ueberwachung der
und der Schuleinrichtung durch besonders dazu angestellte Orga
wendig; das Schulgebäude muss vor Allem sauber sein, di
richtszimmer, die Beleuchtung derselben, die Ventilation wer
führlich besprochen, und es werden die Methoden der Unte
der Schulstubenluft angegeben. — Es folgt ein Kapitel, das d
gesundheitspflege (zweckmässige Heizung der Schulstuben, die
der Schulräume, den Fussboden, Schulbänke, Arbeitstische, Wa
Schreibtafeln, Zeichnensäle, Aborte, Pissoire, Brunnen) behand
Schulzeit, die häuslichen Aufgaben, Schulspiele, Zwischenpaus
lische Halbzeitschulen, die Gymnastik der Schuljugend, die Schu
bilden den Inhalt des folgenden Abschnitts. Verf. kommt so
die Erziehungsanstalten und die Einrichtung der Kindergä
sprechen und behandelt ferner die Gesundheitspflege der in
und Werkstätten, in ambulanten Gewerben und in der Landwi
beschäftigten Kinder (Kinderschulgesetze des In- wie Auslandes
stättengesetz) und die Fürsorge für die Gesundheit der Kind
mittelter Eltern. Dabei wird der indirecte Schutz der Kinde
Schutz der Mütter hervorgehoben, die Einrichtung der Kind
vereine, der Pflegeanstalten für Kinder der Unbemittelten, die
und Kleinkinderbewahranstalten ausführlich besprochen. In
schnitt über die Fürsorge für arme Kinder tritt der Verf. d
dass verwaiste Kinder in Familien untergebracht worden sollt
jedoch stets eine geregelte Aufsicht durch geeignete Organe s
müsse. Auf die Ernährung und die Hautpflege der Kinder
besonders zu achten. Die Fürsorge für Haltekinder, das Hal
wesen, die Pensionssätze, die Gesetze und Verordnungen, di
wachung der Kinder werden ausführlich besprochen. „Es bed
fortlaufenden strengen Kontrole seitens dazu geeigneter und
dazu designirter Persönlichkeiten, sodann einer Regelung der
frage, einer Hebung des Interesses durch das Gewähren von
für bewährte Pflege, Ertheilung einer Instruction über Kinder
die Ziehmütter und einer Fürsorge für rechtzeitige, unentgeltli
liche Hülfe. Die Fürsorge für verwahrloste Kinder und ju
Verbrecher hatte früher die Kirche übernommen, mit dem
vorigen und im laufenden Jahrhundert hat die private Fürsorg
Kinder sich angenommen. So entstanden die sogenannten

schulen, Besserungsasyle, Rettungshäuser. Erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit hat der Staat der hier besprochenen Klasse von Kindern seine Aufmerksamkeit zugewandt." Die staatlichen Anstalten Belgiens Massachusetts, Frankreichs, Englands, Deutschlands werden ausführlicher beschrieben. Besondere Anstalten für jugendliche Gefangene finden wir in Belgien, Frankreich, England, Dänemark, Italien, Amerika, nur in Deutschland verwendet man in der Regel besondere Abtheilungen der gewöhnlichen Gefängnisse zur Unterbringung der Jugendlichen. Von einer öffentlichen Fürsorge für Kinder auf Reisen kann bis jetzt kaum die Rede sein, und doch erscheint sie dringend nöthig. Für erkrankte Kinder muss eine besondere öffentliche Fürsorge eintreten. In erster Linie muss es Aerzte geben, die Kinderkrankheiten zu behandeln verstehen. Die Kinderheilkunde soll um ihrer hohen Bedeutung willen als selbständige Disciplin, als Haupt- und nicht als Nebenfach gelehrt werden. Daran knüpft sich der dringende Wunsch nach Ausbildung einer möglichst grossen Zahl von Kinder-Krankenpflegerinnen. Eine hinreichende Anzahl von Gemeinde- resp. Armenärzten muss angestellt werden, es müssen Ambulatorien für Kinder, die nicht bettlägerig sind, in jeder grösseren Stadt eingerichtet werden, und ein unabweisliches Desiderat ist für Städte das Vorhandensein von Kinderspitälern. V. bespricht sodann die Principien der Einrichtung von Kinderspitälern, den Bauplatz, die Grösse und den Baustyl des Spitals, Krankenzimmer, sowie die Nebenräume. Für infectionskranke Kinder ist der Bau von Isolirspitälern anzustreben. Die bemerkenswertheste Einrichtung zur Isolirung der Kinder besitzt das St. Wladimir-Kinderhospital zu Moskau. Besondere Anstalten für reconvalescente Kinder und ländliche Sanatorien gibt es seit einigen Decennien an zahlreichen Orten.

Solche Reconvalescenshäuser existiren in England, Frankreich, Russland. In Deutschland haben wir Sanatorien für Kinder zu Bad Elster, zu Godesberg, zu Augustusbad bei Radeberg, zu Plötzensee, zu Nowawes bei Potsdam, das Elisabethenhaus in Marburg. Schulsanatorien finden wir zu Davos, zu St. Blasien, Görbersdorf, zu Bad Driburg. In St. Andreasberg nehmen Lehrer lungenschwache und der Erholung in Bergluft bedürftige Kinder bei sich auf, und verpflegen, beaufsichtigen und unterrichten dieselben. — Es folgt sodann ein Bericht über die Einrichtung der Ferienkolonien, von Seehospizen und den Kinderheilstätten in Sool- und Thermalbädern.

Zum Schluss berichtet V. über die Institute für rhachitische Kinder in Turin, Genua und Mailand, die sämmtlich aus privater Wohlthätigkeit erstanden sind, und mit privaten Mitteln unterhalten werden. Das Heilresultat ist nach den vorliegenden Berichten ein sehr zufriedenstellendes. Die Beschreibung von orthopädischen Instituten, Idiotenanstalten, Anstalten für Epileptische, für unheilbare Kinder, Blinden- und Taubstummenanstalten muss einer Specialdarstellung überlassen werden.

Kohts (Strassburg).

527. **Klebs** (Prag), **Ueber infectiöse Magenaffectionen.** (Allg. medic. Zeitung, No. 29—35, Jahrg. 1881.)

Obwohl der Digestionstractus eine der am häufigsten de dringen von Krankheitserregern sich darbietende Lokalität ist, doch die daraus hervorgehenden pathologisch anatomischen V rungen wenig gekannt. Es ist dies zunächst dadurch erklärlic solche Erkrankungen nicht gerade sehr hervorstechende Sympto Seiten des Magens hervorrufen und daher 2. nicht genau ge jetzt pathologisch anatomisch untersucht wurden, und dass 3. d mortalen Erscheinungen an den Magenwandungen eine zu gro deutung zugemessen wird.

Der Verf. bespricht zunächst kurz die seltenen, schon nä kannten Formen der infectiösen Magenaffectionen; wie die Gang Magens, welche auch ohne Milzbranderscheinungen vorkommt, den Soor des Magens, dessen Thallusfäden er nie zwischen die Ep deckung der Magenschleimhäute wuchern sah, sodann die fetti generationen, welche bei Infectionskrankheiten die allgemeine kung begleiten.

Die zu beschreibenden Formen, welche durch Einwanderu Spaltpilzen entstehen, unterscheiden sich ferner von derjenige von Magenperforation, welche Hofmann (Basch) und Kund die Folge einer Selbstverdauung des Magens und somit als vit ganveränderung auffasst. Klebs deducirt aus dem Mangel j reactiver Veränderungen um die Perforationsstelle herum, vo nichts in den betreffenden Fällen berichtet sei, sowie aus dem von Schleimhautschwellungen, ohne welche eben Ischaemie der und damit die Möglichkeit, dass das Gewebe verdaut werden (denn die Alcalescenz des Blutes wehrt der Verdauung), leicht anzu sei, dass diese beschriebenen Formen als postmortale zu deute Eine bekannte leichtere Form dieser infectiösen Magenerkra sei der sog. Magencatarrh, welcher oftmals bei pathologischen A in acuter Weise aufträte, sobald sie sich mit zersetzten Objec schäftigten. Verf. habe selbst eine lange Zeit an solchen gas Störungen gelitten und Heilung erst erreicht, als er zu dem lichen Gebrauche von Desinficientien gegriffen hab Nutzen dieser Therapie bestätigte die Vermuthung, dass es Infection handele.

Genauere Aufschlüsse über die Natur der Erkrankung dann 4 Leichenbefunde:

1. Fall. 33jähriger Mann kommt mit Icterus ohne Fiebe Milzschwellung ins Hospital. 13 Tage später bekommt der welcher neben einem Typhus exanthematicus-Kranken lag, unte und Milzschwellung ein masernähnliches Exanthem. Nach Tagen geht das Fieber herunter, der Patient stirbt unter den nungen der Uraemie. Die Section zeigte ausser leichten entzü Prozessen in der Niere und den Meningen keine auffälligen C krankungen, jedoch ergab die genauere Untersuchung des Mag genden Befund:

„Längs der grossen Curvatur bestand eine Reihe grösse

kleinerer, rundlich brauner Flecken, welche vielfach mit einander zusammengeflossen waren und so umfangreiche Theile der Magenschleimhaut einnehmen. Jeder dieser Flecken von 5—10 cm Durchmesser war unscharf begrenzt, die Schleimhäute an denselben beträchtlich verdickt, namentlich in der Mitte, dabei trocken und derb, keineswegs erweicht, wie bei der braunen postmortalen Erweichung.“ Nirgends Spuren des Zerfalls oder Geschwüre, die Drüsenschicht erschien als eine derbe Masse. Microscopisch fand sich eine kleinzellige Einlagerung zwischen den Drüsen der Magenschleimhaut, welche dadurch stellenweise weit auseinander gedrängt waren. Die Labdrüsen, namentlich am unteren Ende, gänzlich von fremden stäbchenförmigen Körpern, die kleine glänzende Körner (Sporen) enthielten (Bacillen), angefüllt. Nähere Beschreibung auf Seite 301. Um die Bacillenheerde herum bestehen selten Einlagerungen und entsprechend den Lymphgefässen Züge körnigen Materiales.

Im 2. Falle bei einem 66jährigen Manne fand sich, ausser Lungenemphysem, Herzdilatation und geringe Exsudate in Brust- und Bauchfellraum, derselbe Befund im Magen, wie in Fall 1. Die Bacilleneinlagerung war ebenfalls auf die obersten Schichten beschränkt, jedoch mehr ausgebreitet wie im ersten Fall.

Gleiche Veränderungen fanden sich an anderen Leichen nicht.

Die Einlagerung der Bacillen veränderte nur die oberflächlichsten Schleimhautschichten und führte nicht zu den Erscheinungen der Phlegmone ventriculi, wie der Befund in dem sonst ähnlichen 3. Fall zeigt. Hier waren bei einer 56jährigen Frau, welche unter Erbrechen und Tympanites fieberlos erkrankte und durch unstillbare Diarrhoe zu Grunde ging, ausser im Magen, eitrige Prozesse in Schilddrüse, Bronchien, Peritoneum zu constatiren. Im Magen sass der Prozess nicht in und zwischen den Drüsen, sondern in der Muskelschicht und in deren interstitiellem Gewebe und hatte hier zur Eiterung geführt. Die hierbei gefundenen Organismen waren „handgreiflich“ von den ersten verschieden.

Den Bacillus der oberflächlichen Gastritis in den beiden ersten Fällen, nennt Klebs wegen seiner Kürze und der Anzahl seiner Sporen B. polysporus brevis. Woher er kommt, ist noch nicht festgestellt.

Die Vermuthung liegt nahe, dass dieser Bacillus seine Wirkungen nicht alle Male, wie in den beiden ersten Fällen, auf den Magen beschränkt, sondern analog anderen Micro-Organismen auch andere Organe befällt. Einen solchen Befund zeigte

der 4. Fall: eine acute Leberatrophie, bei der die Gallengänge vollständig frei gefunden wurden. Es bestand ein hochgradiger Schwund der Leberzellen besonders im Centrum der Leberläppchen und dabei vor Allem in der mittlern Zone eine Reihe schmaler verzweigter Züge, welche durch eine dichte Anhäufung von Bacillen gebildet wurden. Im Magen bestanden fast genau dieselben Erscheinungen der Gastritis superficialis bacillaris, wie sie im Fall 1 und 2 beschrieben sind, keine fettige Degeneration der Leberzellen, wie bei Phosphorvergiftung, und Klebs ist davon überzeugt, dass in diesem Falle die Necrobiose der Leberzellen mit dem vom Magen her durch die Blutbahn eingewanderten Bacillus zusammenhänge.

Demnach wäre man vielleicht berechtigt eine vasculä der acuten gelben Leberatrophie anzunehmen, welche stürmi mit Temperatursteigerung verläuft und welcher die Entwic Icterus erst nachfolgen wird, während bei der „Gallengangs Icterus das erste Symptom zu sein pflegt. Bei den vasculär würden die Symptome der Blutveränderung in den Vordergru und die durch Aufnahme der Gallensäuren aus den zersetz zellen bedingten Wirkungen auf Herz und Gehirn mehr zu während bei der Gallengangsform die cholaemischen Ersc mehr in den Vordergrund der Symptome treten dürften.

---

528. **Dr. Otto Zaubzer, Studien zur Lehre von der entz und der infectiösen Phthise.** (Annal. der städt. allg. Kran in München 1881, S. 804.)

I. Zur Aetiologie der entzündlichen Lungenpht in München.

Für die Aetiologie ist eine möglichste Scheidung de schwindsucht von der Tuberkulose dringend geboten. v schätzt die Frequenz der akuten Miliartuberkulose gegen die zündlichen Phthise auf 8:100, und bezeichnet als häufigste der letzteren die Desquamativ-Pneumonie. Die Entstehung di nicht der croupösen) Pneumonie setzt entweder eine empfäng stitution voraus, oder eine fortgesetzte Einwirkung von keiten der Luft, die schliesslich zur parenchymatösen Entzünd „Die Massenhaftigkeit des schädlichen Agens steht hier im ten Verhältniss zur Zeitdauer der Einwirkung desselben." zieht von den unter den Sammelnamen „Staub" zusamme anorganischen und organischen Bestandtheilen der Luft nur ralischen Staub in Betracht. Nach Hirt beträgt die Lebens Mineralstaub inhalirenden Arbeiter nur 49 Jahre gegen 52 vegetabilischen, metallischen oder animalischen Staub athme denjenigen bairischen Provinzen, welche die höchste Zahl d Industrie der Steine und Erden beschäftigten Personen aufw auch die Mortalitätsziffer der Phthisis und Tuberkulose di Beim Strassenstaub, dessen organische Bestandtheile in der G anorganischen vielleicht nicht nachstehen, kommt je nach de die Eigenartigkeit des Staubgemisches, insbesondere des min in Frage: der Härtegrad und die chemischen Eigenschaften d rungsmaterials. Die durch die Statistik der Staubinhalationsk der Gewerbe, sowie durch die Erfahrung in grösseren Städte in München bestätigte Thatsache, dass mit der Güte und

Pflasterungsmateriales auch die Gefährlichkeit seiner Stauberzeugung wächst, suchte Z. experimentell zu erhärten, indem er Kaninchen verschiedene Staubarten (die Methode s. im Orig.) inhaliren liess und dieselben neben Kontrolthieren zu verschiedenen Zeiträumen anatomisch untersuchte. Je mehr und je anhaltender die Thiere von dem Staub inhaliren mussten, desto tiefer greifende Processe fanden sich in den Lungen, von der entzündlichen Reizung der Bronchial-Schleimhaut bis zur Desquamativ-Pneumonie. Dabei zeigen sich grosse Verschiedenheiten je nach dem angewandten Material (Kalk-, Granit-, Basalt-Staub etc.). Beim Strassenbau wird daher in hygienischer Beziehung darauf zu achten sein, dass „mit dem immer härter gewählten Material“ (dessen Staub zwar qualitativ gefährlicher, durch seine geringere Quantität aber weniger gefährlich ist) „bei gleichzeitigem Fortschritte der Art der Anlage bei sich gleichbleibendem Gefüge des grösseren Würfels die massige Zermalmung oder Abreibung dieses Gesteines möglichst vermieden, und somit eine Abnahme der schädlichen Mineralbeimengung des Strassenstaubes erzielt“ wird.

Den Einfluss des mineralischen Staubes auf die entzündliche Phthise sucht Z. auch statistisch zu beweisen. In München, wo die entzündliche (combinirte) Phthise bei weitem vorherrsche, sei während der Strassenverbesserungen der letzten Jahre der Procentsatz der Lungenphthise ein stabiler geblieben; folglich könnten auch die Ursachen derselben, von denen eine der wesentlichsten der Strassenstaub sei, nicht gestiegen sein. Die quantitative Verminderung des Staubes durch Anwendung eines besseren Materiales werde aufgewogen durch die gefährlichere Qualität. Ausser dem Strassenstaub kommt aber, wie die vergleichende Statistik verschiedener Provinzen und Städte zeigt, in manchen Gegenden auch die Industrie in ihrer Verarbeitung des Steinmateriales in Betracht. Von wesentlichem Einflusse werden ferner die klimatischen Verhältnisse, insbesondere der Feuchtigkeitsgehalt der Luft sein, sowie die vegetabilischen und anderen Bestandtheile des Strassenstaubes, die sich je nach dem Procentsatze der atmosphärischen Feuchtigkeit mit den mineralischen Atomen mehr weniger innig mengen und die Wirkung der spitzigen und kantigen mineralischen Gebilde abschwächen. Die Statistik der bairischen Provinzen zeigt des Weiteren, dass die Mortalitätsziffer an Lungenkrankheiten parallel geht mit der Anzahl der Städte. Je weniger Städte in einer Provinz, desto mehr überwiegt die Ackerbau treibende Bevölkerung die Industrie treibende. Die geringere Schädlichkeit des Ackerbaues wird bezogen auf die schadlosere Art des der Ackerkrume entfallenden Staubes, der durch die äusserste Verdünnung noch mehr depotenzirt werde. Endlich werden noch als aetiologische Momente angeführt: Lebensweise und sociale Verhältnisse, insbesondere Mangel an Luft und Licht, Sesshaftigkeit eines Volkes und in dieser Beziehung von hygienischer Seite Wechsel des gefahrdrohenden Ortes und Erwerbes, rationelle Eheschliessung empfohlen. Da ein mässiger Grad der Luftfeuchtigkeit von günstigem Einfluss ist, dürfte endlich auch auf den Waldschutz das Augenmerk zu richten sein.

II. Versuche mit dem condensirten Exhalationsw
von Phthisikern. Aus dem pathologischen Institut

Prof. Dr. Bollinger impfte mit condensirtem Exhalatio
von einem Phthisiker, welches ihm Z. zugestellt, ein Meersch
von gesunder Zucht unter die Haut des rechten Oberschenkel
die Bauchhöhle. 2 Monate später fand er bei der Sektion: I
kulose des subkutanen Bindegewebes am rechten Hinterschenke
Hyperplasie der Retroperitonealdrüsen; sekundäre beginnend
tuberkulose der Lungen, der Leber, der Milz. Ein zweiter
Versuch ergab ein negatives Resultat.

III. Inhalationsversuche vom Verf.

2 junge Katzen werden 8 Tage lang täglich eine Stu
einem Phthisiker möglichst von Mund zu Mund angehaucht; si
gesund; auch die Sektion ergibt kein Zeichen der Phthise od
kulöser Ablagerung.

Für endgültige Schlüsse sind diese Versuche, wie Ver
noch zu vereinzelt, dürften aber zur Lehre der infektiöse
nicht unwesentlich erscheinen. Möglicherweise wäre der i
Stoff in der Luft des von Phthisikern belegten Saales selbst zu
Verf. gedenkt in dieser Richtung noch weitere Versuche unte
derten Bedingungen anzustellen.

Stintzing (Mü

---

529. **L. von Buhl, Beiträge zur Echinococcuserkrank Menschen.** (v. Ziemssen's Annalen der städt. allgem. Kra zu München 1876—77. S. 444.)

Verf. hat bei einem Material von 8000 Leichen den
Echinococcus unter 300 Leichen, den alveolären unter 615
einmal beobachtet. Für beide Formen werden im Folgenden
angeführt.

A. Cystöser, unilokulärer Echinococcus.

Der 1. Fall betrifft eine 38jähr. Köchin, bei welcher sic
Cysten der Leber fanden, von denen 2 in Schrumpfung begriff
die eine aber 16 cm im grössten Durchmesser mass, Toch
enthielt und mit dem Duct. hepaticus kommunizirte. Auch an
einigung des letzteren mit dem Ductus cysticus lag eine da
obturirende Blase, ferner fanden sich Ech.-Blasen in Gallenblas
und Duodenum, sämmtlich abgestorben. Trotz der Grösse de
zerstörung waren erst spät und zwar plötzlich Krankheits
(Erbrechen, Diarrhoen, Ikterus,) aufgetreten, wahrscheinlich
Moment des Durchbruches der Muttercyste in den Duct. cho

Der 2. Fall gibt ein ausgezeichnetes Bild der Heilung eines Ech.-Sackes. Ein 71jähr. Mann war 9 Jahre vor seinem Tode mit einer ungewöhnlichen Lebervergrösserung behaftet, die plötzlich unter Diarrhoen mit Entleerung grünlicher Massen zurückging (Perforation eines Ech.-Sackes in den Darm). Bei der Sektion fanden sich in der Gallenblase, im Duct. cyst. und choledoch. Gallensteine, im Lobul. Spigelii eine Geschwulst, die eine Art von Gallencyste darstellte und sich wie eine zweite Gallenblase verhielt, in welche „ein Theil der Galle aus dem Duct. hepatic., anstatt in die normale und verlassene Gallenblase, vielmehr rückwärts und aufwärts sich ergoss.“ Diese Gallencyste war unzweifelhaft eine ursprüngliche Echin.-Cyste, obwohl mit Ausnahme homogener Schleimmassen keine Echin.-Reste mehr aufzufinden waren.

Im 3. Falle, der 13 Jahre hindurch beobachtet wurde, und wahrscheinlich 15 Jahre bestand, platzte der palpatorisch diagnostizirte Ech.-Sack der Leber durch traumatische Einwirkung in die Bauchhöhle, erzeugte Peritonitis, von der die Pat. genas, ohne von dem Parasiten befreit zu werden. Es bildete sich von Neuem eine harte Geschwulst und nach längerer Zeit ein Abscess zwischen den falschen Rippen und dem Darmbeinkamm, welcher eröffnet wurde und Eiter mit Ech.-Blasen entleerte. Da durch die Operation eine Muttercyste entfernt werden konnte, so wäre Hoffnung auf Genesung vorhanden gewesen, wenn nicht noch eine zweite zurückgeblieben wäre. Die letztere perforirte schliesslich durch das Zwerchfell in die Lunge. An einer Stelle war die Leber fibrös mit der Niere verwachsen und hier eine Ech.-Cyste in das Nierenbecken durchgebrochen, was sich im Leben durch Entleerung einer Cyste im Harn kundgegeben. Im Peritonaeum hatten sich einzelne, fast mikroskopisch kleine Echinococcen angesiedelt.

B. Alveolärer oder multilokulärer Echinococcus.

Im Falle IV handelt es sich um eine alveoläre Ech.-Entartung mit Verkäsung fast des ganzen r. Leberlappens; in demselben fanden sich einzelne kleine Cavernen mit im Inhalte freischwimmenden grieskorngrossen Ech.-Bläschen. Die Lymphdrüsen waren intakt, kein Ikterus vorhanden. Es war hier unmöglich zu bestimmen, ob die Embryonen sich innerhalb der capillaren Blut- oder Lymphgefässe oder der Gallengangcapillaren oder mitten durch das Parenchym ausgebreitet hatten.

Fall V zeigt einen alveolären Ech. in Knotenform ohne Verkäsung und Cavernen, der sich in zerstreuten Miliarknötchen im Pankreas und den Retroperitonealdrüsen und von da aus im Bindegewebe hinter der Leber im Zwerchfell, von diesem einerseits in der Leber, andrerseits in der Lungenbasis, nach vorläufiger Herzbeutelverwachsung im Muskel des r. Herzvorhofs und im Zellgewebe zwischen Brustbein und Herzbeutel ausgebreitet hatte und Veranlassung zur Obliteration der unteren Hohlvene wurde. Bei Lebzeiten hatte bisweilen blutiger Auswurf und Ikterus sowie Ascites bestanden.

Fall VI. Alveolärer Ech.-Knoten der Leber und der Lungenbasis. Im Leben waren keine diesbezüglichen Erscheinungen beobachtet.

Fall VII. Enorme kavernöse Zerstörung des r. Leberlappens

(mannskopfgrosse Höhle), alveolärer Ech. der begrenzenden Höh
Krankengeschichte fehlt.

Fall VIII betrifft einen 38jähr. Pat., der an chron. Ikt
massenhaftem galligen Sputum gelitten (als „Lungenleberfis
schrieben). Verf. hatte im Sputum Trümmer von geschichtete
Tyrosin, Leucin und Gallensäure gefunden. Rechterseits best
hoch heraufreichende Dämpfung, die nach reichlichen Expekt
sank. Die Sektion ergab (nach 2½ Jahren) ein hühnereigr
veoläres Ech.-Fibrom zwischen Leber und Zwerchfell, alveolä
der r. Lunge, des Glisson'schen Bindegewebes, und der Wan
Duct. cystic. Ein Verbindungskanal zwischen Bronchien und
gängen konnte nicht gefunden werden; er musste haarförmig
wunden verlaufen sein. Es hatte also eine nur wenig umfän
veoläre Ech.-Erkrankung bedeutende klinische Erscheinunger
gerufen und zum Tode geführt.

Im Anschluss an diese Fälle bespricht v. B. die Wege
Art der Einwanderung und Weiterverbreitung des Ech. und di
der Verschiedenheit der cystösen und alveolären Erkrankungsfo
nimmt mit den meisten Autoren (Leuckart, von Siebold, I
meister u. A.) für beide Formen die gleiche Species an
den multiplen für den cystösen Ech., da er Scolices prod
Nachdem das reife Bandwurmglied durch den Magensaft zer
wird der Embryo entweder in der Eischaale passiv oder n
fernung derselben aktiv im Darm fortbewegt. Die Wege,
hier offen stehen, sind zunächst die Gallengänge. Sie sch
doch nicht zur Einwanderung benützt zu werden, wofür folgend
sprechen. Die gleiche Berechtigung wie der Duct. choledoch
Einwanderung in die Leber müsste auch der Duct. Wirsun
das Pankreas in Anspruch nehmen, in welchem aber der I
nie gefunden wird. Ferner müsste der Embryo in den Galle
gegen den Strom schwimmen; endlich aber hat man in die
nie Embryonen auf der Wanderung angetroffen. Dagegen ist
wanderung durch die Blutgefässe wahrscheinlich. Dafür sp
Auftreten des Ech. auch in anderen Organen ausser in der Le
der Befund im Falle IV, wo in den Lebervenen die Intima du
Bläschen vorgewölbt war. Dass aber auch die Lymphgefä
Verbreitungsbahnen dienen, wie schon Virchow behauptete, wi
die häufige Betheiligung der Lymphdrüsen wahrscheinlich
sowie durch das Auftreten miliarer Ech.-Knötchen, wie sich in
der obigen Fälle fand. Verf. schliesst sich der Ansicht N
von dem Eintritt der Eier in die Chylusgefässe an nur
Reserve, dass er statt der passiven Einwanderung ein akti
bohren behauptet, und kommt zu folgendem Schlusse: „Die
Einwanderung — in der Regel nur eines einzigen oder etlic
bryonen — geschieht im Duodenum und zwar in die Chylus- und
gefässe, von da sekundär in die Pfortaderwurzeln und in di
seltener durch die Lymphgefässe und durch den Duct. thorac
Blut und von da am frühesten in die rechten Herzhöhlen un
Lungen, durch diese in's linke Herz, in's Peritoneum, die Pl
Milz, das Gehirn, die Muskeln, die Knochen." Der sekundäre I

in die Pfortaderwurzeln ist der häufigste Fall. Der Sitz in den Gallengangkapillaren kann durch Durchbruch von den Leberkapillaren aus zu Stande kommen.

Was den alveolären Echinococcus betrifft, so ist es auffallend, dass derselbe sich vorzugsweise in den Bahnen der Lymphgefässe verbreitet und niederlässt, und es liegt für die Entstehung der alveolären Erkrankung die Annahme nahe, dass der Embryo die Lymphbahn nicht verlässt, während er zur Erzeugung der cystösen Form in die Gallengänge, in die Pfortader oder doch in's Blut gelangen muss. Zum Verständniss der charakteristisch schrittweisen Ausbreitung des alveol. Ech. muss jedoch noch ein 4. Weg in Anspruch genommen werden; die Saftkanäle und Spalträume des Bindegewebes, denn die Ausbreitungsrichtung folgt nicht gerade dem Laufe der Lymphbahnen und geht durch die verschiedenartigsten Gewebe. Das Charakteristische der alveol. Erkrankungsform liegt also darin, dass die Keime ungeachtet aller denkbaren Leitungskanäle, im Bindegewebe zwischen den Gewebselementen selbst fortkriechen. — Auch die Art der Proliferation hat man als Unterscheidungsmerkmal angeführt; die endogene als charakteristisch für die cystöse, die exogene für die alveoläre Form. Verf. hält die endogene Erzeugung von Scolices für die regelmässige naturgemässe Proliferation der Ech.-Blase, jedes andere Verhältniss für abnorm und stellt folgende Hypothese auf: Bei der Entwicklung des Embryo wirken sich zwei Kräfte entgegen: „der Wachsthumsdruck des Embryo und der Resistenz- und Reaktionsgrad des Lebergewebes. Offenbar gebührt für das Resultat dem letzteren der Ausschlag. Je nachgiebiger das Lebergewebe, je leichter usurirbar es ist, um so eher wird der Blasenzustand des Ech. zu Stande kommen; dagegen je consistenter das Lebergewebe und je leichter das interstitielle Stroma gegen den fremden Eindringling mit fibröser Verdichtung antwortet, um so mehr wird sich der Embryo mit exogener Proliferation und Chitinverästelungen in die Spalträume des Gewebes Platz machen." „Es liegt also weniger im Ech.-Keime, warum ein Mal die cystöse, ein anderes Mal die alveoläre Form der Erkrankung entsteht, sondern im betreffenden Menschen, resp. in seiner Leber etc." Daraus erklärt sich, dass die Scolicesbildung beim alveol. Ech. typisch ausbleibt, jedoch an einzelnen Stellen, wenn sich hinreichender Raum findet, ausnahmsweise vorkommen kann. — Hie und da kommen bei der alveolären Form durch exogene Proliferation miliartuberkelähnliche Ech.-Cystchen vor, wenn die Erkrankung schon grosse Dimensionen angenommen hat. Durch Platzen einer Cyste entstehen bisweilen Ansiedelungen in der Bauchhöhle (Fall III). Dieser multiple, peritoneale Echin. ist nicht zu verwechseln mit einem durch das Blut dahin gebrachten cystösen Echinococcus. Die Möglichkeit einer solchen freien Ansiedelung beweist, dass es auch Cysten gibt, welche nicht von einem Embryo direkt, sondern indirekt von schon bestehenden Cysten abstammen und als abgelöste Brutkapseln zu denken sind." Diese von einer geplatzten grösseren Cyste herrührenden Echinococcen sind sämmtlich steril. Da Sterilität das Merkmal des Abnormen, nicht einer besonderen Species ist, so beruht die alveoläre Erkrankung auf einer Behinderung der regelrechten Entwicklung der Einen Species. Danach kann das zu-

weilen beobachtete Zusammentreffen des alveolären und cyst
nicht mehr befremden. Für das vorzugsweise Beschränkts
veolären Form auf Süddeutschland und die Schweiz ist noc
klärung zu geben.

Am Schluss sucht sich v. Buhl „ein Stück Priorität
auf die richtige Deutung der alveolären Echinococcusform"
Er sei der erste Beschreiber der Erkrankung gewesen, und
sie auch ursprünglich als „Alveolarcolloid" bezeichnet und
ihr Wesen erkannt habe, so seien doch seine damaligen Ang
noch in allen Theilen zutreffend.

Stintzing (M

---

530. **Dr. Roth** (Physicus in Eutin), **Das lebensgefährlic
bluten.** (Memorabilien. XXIV. Jahrg. 5. Heft. p. 285.)

Verf. theilt 3 Fälle von sehr heftigem langandauern
bluten bei älteren Personen mit Unterleibs-Plethora mit, be
nicht gelang, weder durch die gewöhnlich gebräuchlichen M
durch Tamponade die Blutung zu stillen. Bei letzterer
drang das Blut durch die Thränenkanäle durch und lief über di
puncte nach Aussen. Es gelang dann durch Anwendung v
acet. 0,12 mit 0,01 Opium purum, tal. dos. Nro. XII (
1 Pulver) die Blutung meist schon nach Verabreichung d
Pulvers zu sistiren. Selbst bei Gaben bis zu 3 gr, wonac
kung nie ausblieb, traten Erscheinungen von Blei-Intoxication

---

531. **Dr. Haehnle** (Schwenningen), **Kupfer bei Typhus ab**
(Memorabilien. XXVI. Jahrg. 8. Heft. p. 467.)

In 10 meist leichteren Fällen von Abdominal-Typhus
Verf. auf die Empfehlung von Burg (Bull. gener. de thér
p. 425) Kupfer in der Form von „Tr. cupri acet. Raden
—2,0 zu 160,0 Wasser und 10,0 Syrup. 2 stündlich 1 Esslf
danach Abnahme der Temperatur und schnelle Besserung",
und Durchfall contraindiciren das Mittel nicht. Kurze
schichten sind beigefügt.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. **28. December.** **Nro. 39.**

532. **Lutz** (München), **Lungen- und Rückenmarks-Syphilis.** (Aerztl. Intelligenz-Blatt. Nro. 50.)

Ein 34jähriger Mann hatte vor 10 Jahren Syphilis acquirirt, aber keine regelrechte Cur gebraucht.

Dezember 1879 kam Patient in Behandlung L.'s wegen Husten, Heiserkeit, Lähmung der Unterextremitäten. Am L. Oberlappen zeigten sich Infiltrationserscheinung (Dämpfung, Bronchialathmen, Rasselgeräusche). Rechter Oberschenkel mehr abgemagert als der linke, keine Sensibilitätsstörungen, Patellarreflexe fehlen. Die electrische Untersuchung ergab Entartungsreaction.

Pat. wurde mit Jodkali und mit dem constanten Strom behandelt und mit dieser Behandlungsweise innerhalb 6 Wochen bedeutende Besserung erzielt, so dass Pat. mit Unterstützung von Stöcken gehen konnte.

Die Dämpfung L. O. war fast ganz verschwunden, Husten und Heiserkeit geringer, Auswurf spärlich. Ein Monat später Verschlimmerung und zwar stärkere Schwäche am L. Oberschenkel, zugleich Vermehrung des Auswurfs, stärkere Heiserkeit. Exanthem an der Hand und am Kopf.

Von nun an grössere Dosen Jodkali und Sublimatinhalati
Die Stirnbänder erschienen als dicke rothe Wülste. Nach
6 Wochen unter Zuhülfenahme von Quecksilbereinreibungen R
der Infiltrationserscheinungen im Larynx, Besserung der Lähn
scheinungen an den Unterextremitäten.

Im weiteren Verlaufe traten die motorischen Störungen
mehr in den Hintergrund, die Symptome der Lungenerkrankun
in den Vordergrund und zwar stellte sich einmal stärkere Ha
ein (im Juli) und im September wurden unter geringer Blutun
feste Fleischstücke entleert, die wie Granulationsgewebe, nur
und härter aussahen.

Nach weiteren 3 Monaten antisyphilitischer Behandlung
nur noch geringe Abflachung der linken Brusthälfte, geringe Dä
aber Vesiculärathmen constatirt worden. Pat. war somit n
monatlicher Behandlung völlig wiederhergestellt.

Seifert (Würzl

---

533. **Freudenberger** (München), **Bericht aus der Klinik de Prof. v. Ziemssen.** (Aerztl. Intelligenz-Blatt Nr. 48.)

Es folgt in dieser Nummer wieder ein kurzer Bericht übe
Fälle aus der v. Ziemssen'schen Klinik.

Bei einer 42-jährigen Frau war die Diagnose zweifelhaft z
Cholelithiasis und Carcinom des Pancreaskopfes; es war Ve
des Gallenausführungsganges constatirt, da man die Gallenbla
der Punction des Ascites als gross und prall gefüllt palpiren

Bei der Section fand sich Scirrhus des Pancreaskopfes,
die Porta hineinwuchernd den ductus choledochus und cysticu
zum Verschluss gebracht hatte.

Bei je 1 Fall von Typhlitis stercoralis und Perityphlit
die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheitsfor
sprochen.

1 Fall von Tabes dorsalis (45-jähriger Mann) zeigt aufge
Patellarsehnenreflex, aber starke Hautreflexe von den Sohlen
Anfänge der Erkrankung werden auf die Strapazen des Feldzug
Jahre 1866 zurückgeführt.

Schliesslich wird noch 1 Fall von Aorteninsufficienz mit
zeitiger Insuff. der mitralis, Icterus, Stauungsleber beschrieben

Seifert (Würzl

---

534. Dr. Unverricht, Beitrag zur Lehre von der partiellen Epilepsie. Aus dem städtischen Krankenhospital zu Allerheiligen in Breslau. (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. No. 34 u. 35.)

Durch experimentelle und klinische Beobachtungen ist die Thatsache festgestellt worden, dass es gewisse Rindengebiete des Gehirnes gibt, welche den willkürlichen Bewegungen vorstehen, und dass nach Zerstörung derselben nicht nur lähmungsartige Zustände (Charcot und Pitres), sondern auch motorische Reizungserscheinungen bis zum ausgeprägten Bilde der Epilepsie (Fritsch und Hitzig) auftreten können. Von Bartolow sind auch beim Menschen durch elektrische Reizung der Gehirnrinde (um die Centralfurche herum) epileptiforme Anfälle erzeugt worden. Jackson hat daher für Epilepsie und epileptiforme Erscheinungen die Hirnrinde als Ausgangspunkt bezeichnet, während Schroeder van der Kolk und Nothnagel für den epileptischen Insult ein eigenes Krampfcentrum in der Medulla oblongata annehmen. — Bei der sog. partiellen oder Rindenepilepsie bleiben die Zuckungen vielfach auf eine bestimmte Körperregion beschränkt, in anderen Fällen aber befallen sie die ganze gleichseitige Körperhälfte, um schliesslich über kurz oder lang zu allgemeinen Konvulsionen auszuarten. Das Bewusstsein ist bei beschränkteren Zuckungen erhalten und geht bei Verallgemeinerung der Krämpfe verloren. Kommt nun zu den Konvulsionen noch ein weiteres Hauptsymptom der partiellen Epilepsie: eine Lähmung oder ein lähmungsartiger Zustand, so ist nach Charcot mit Sicherheit eine beschränkte Laesion der motorischen Zone oder der unmittelbar angrenzenden Partie anzunehmen. — Zur Vermehrung des Beweismaterials für die Lehre von den Rindererkrankungen berichtet U. über einen Fall von partieller Epilepsie, welche durch tuberkulöse Neubildung in der hinteren Centralwindung bedingt war.

Ein 34jähr. Arbeiter, der seit Sommer 79 an Brustbeschwerden, und im Herbst an einem Pleuraexsudat erkrankt war, bekam Ende Dezember plötzlich unter gestörtem Bewusstsein tonische und klonische Krämpfe, die fast ganz auf die R. Körperhälfte beschränkt waren. Solche Anfälle wiederholten sich später in verschiedener Intensität und in wechselnden Intervallen. Meist begannen die Krämpfe in der R. Hand und gingen von hier aus auf den R. Arm, dann auf Gesicht und Unterextremität über, um in den heftigsten Anfällen die gesammte Körpermuskulatur zu betheiligen. Auf jeder dieser Etappen konnten die Anfälle Halt machen und gingen je nach In- und Extensität mit oder ohne Bewusstseinsstörung einher. Ausser abgeschwächtem Händedruck rechterseits blieben nie Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen, auch nie eine Spur von Sprachstörung zurück. Die für partielle Epilepsie typische Form der Krämpfe und das Fehlen aetiologischer Momente für gewöhnliche Epilepsie wiesen auf eine irritative Affektion der psychomotorischen Sphäre hin, „welche, wie man aus der mangelnden Lähmung entnehmen konnte, wenig oder gar nicht zerstörend auf diese Rindengebiete gewirkt haben musste“, und zwar machte der Befund der übrigen Organe, insbesondere der Lungen und Nieren, sowie eine (im Mai) tödlich endigende Perforatio peritonitis, die auf die

Ruptur eines tuberkulösen Darmgeschwürs zurückgeführt
musste, die tuberkulöse Natur der Gehirnaffektion um so wahr
licher, als eine Apoplexie oder Embolie auszuschliessen wa
Sektion bestätigte die Diagnose. Es fand sich allgemeine Tuber
eitrige Adhaesiv-Peritonitis, wahrscheinlich in Folge von Perf
eines tuberkulösen Geschwüres im Darm, sehr grosser k
Tuberkel in der L. hinteren Centralwindung. — Es
hier die für Rindenerkrankungen so überaus charakteristischen
und dissociirten Monoplegien. Verf. wirft daher die Frage auf,
„aus den blossen Konvulsionen mit ihrem typischen Verhalten o
Gesellschaft von . . . Lähmungserscheinungen einen bestimmten
auf den Sitz der Laesion „ziehen“ könne, und glaubt diese Frag
dem beschriebenen Falle bejahen zu dürfen.

Was das Zustandekommen der partiellen Epilepsie und ih
hältniss zur echten Epilepsie anlangt, so vertritt Nothnag
Standpunkt, dass die Rindenepilepsie (zum Unterschied von der
wie ein peripherer Reiz reflektorisch in dem in Pons und Med.
gelegenen Kampfcentrum die Konvulsionen auflöse. Eine
Trennung jedoch zwischen lokalen und allgemeinen Reizerschei
und daher auch ihrer pathogenetischen Erklärung ist nach der
vorliegenden Kasuistik, die zahlreiche Uebergangsformen enth
thunlich. Wenn man vielmehr die allgemeinen Konvulsionen s
den lokalen entwickeln sieht, liegt es sehr nahe, für die ersteren
selbe Pathogenese wie für die letzteren anzunehmen, d. h. d
der Krankheit mit Hughlings-Jackson in die Rinde zu ve
Auch die Vielgestaltigkeit der rudimentären epileptischen Ersc
gen, die Anfälle von Bewusstseinsstörung, die sog. psychischen
valente etc., lassen sich nur durch Affektion der Hirnrinde e
die allein vermöge ihrer räumlichen Ausdehnung und ihrer funkti
Vielseitigkeit ein so buntes Krankheitsbild erzeugen kann.
sprechen ferner Fritsch's Beobachtungen, dass von der Hinrin
sowohl partielle wie allgemeine Krämpfe hervorgerufen werden k
sowie die neuerdings wieder durch Bernhardt erhärtete Tha
dass gerade Tumoren der Convexität sehr gerne zu epileptisch
fällen führen, endlich das Experiment Westphal's, der künstlic
lepsie am Meerschweinchen dadurch erzeugte, dass er Schläge a
Kopf applizirte, wobei doch eine Wirkung auf die Rindenpa
wahrscheinlicher ist, als durch die weiche Hirnmasse hindu
Pons und Med. ablong. Auch Kussmaul und Tenner haben
tische Zustände bei (künstlicher) Anaemie der Rinde beobacht
kamen zu dem Schluss, „dass eine umschriebene anatomische
derung des Gehirns nicht als nächste Ursache epileptischer
betrachtet werden dürfe, weil das Coma nothwendig auf eine
zeitige Betheiligung des Grosshirns hinweist.“ Ebenso dürft
polymorphen als Aura bezeichneten (motorischen, vasomotor
sensorischen, sekretorischen und psychischen) Erscheinungen weit s
riger in ein kleines Fleckchen der Med. oblong. zu verlegen s
in die den verschiedensten Funktionen vorstehende Hirnrinde. J
der Sphäre, in welcher hier die krankmachende Ursache ihre
hat, wird sich der Beginn der Epilepsie verschieden gestalte

man hat so bereits experimentell verschiedene klinische Erscheinungsformen der partiellen Epilepsie nachahmen können. — Bezüglich der Art der epileptischen Veränderungen in der Grosshirnrinde ist es wahrscheinlich, dass verschiedene Reize gleiche Symptome produziren können, und dass es von der nervösen Disposition abhängt, ob grössere oder kleinere Bezirke von der Störung ergriffen werden.

Wenn man erst den kortikalen Ursprung aller Formen von Epilepsie anerkennt, muss man die Bezeichnung „Rindenepilepsie" fallen lassen und die Bezeichnung „partielle Epilepsie" allein beibehalten, „da sie gewisse anatomische und symptomatologische Eigenheiten dieser Formen treffend charakterisirt."

Stintzing (München).

---

535. **D. de Jonge, Ueber einen Fall von sogenannter Compressionsmyelitis mit hochgradiger Steigerung des Tastsinns der gelähmten Unterextremitäten.** Aus der medic. Abtheilung des Kölner Bürgerhospitals. (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. No. 35.)

Ein 27jähr. Pat., der im 3. Lebensjahre an Masern gelitten und sich seitdem eine Kyphose der Brustwirbelsäule zugezogen, im Uebrigen aber gut entwickelt hatte, bekam vor 14 Jahren eine Schwäche in beiden Beinen, die sich nach etwa 3 Jahren zur kompleten Lähmung ausbildete. Daneben entwickelte sich nächtliche Incontinentia, später mit Retentio urinae abwechselnd. Der (meist retardirte) Stuhlgang erfolgte zur Unzeit, wenn Pat. nicht eilig genug war. Trotz der verschiedensten therapeutischen Massnahmen änderte sich in den Beschwerden, zu denen auch noch Rückenschmerzen gehörten, nichts Wesentliches. Zur Zeit besteht eine starke kyphotische Krümmung, am stärksten am 6. Brustwirbel. Obere Extremitäten normal. Beide Unterextremitäten, besonders die Unterschenkel stark abgemagert, rechts mehr wie links, Motilität vollständig aufgehoben. Elektrische Erregbarkeit für beide Ströme sehr herabgesetzt. Reflexerregbarkeit der Unterextremitäten hochgradig gesteigert. Was aber vom gewöhnlichen Bilde der Myelit. transv. abwich, war die erheblich gesteigerte Sensibilität der Beine. Der Raumschwellenwerth ist bedeutend kleiner wie beim normalen Menschen. An der Vorderfläche des Unterschenkels besteht nach zahlreichen Versuchen noch bei 4—6 mm Nadelabstand Doppelempfindung, (normal 36—40 mm) auf dem Fussrücken bei 5—4 mm (normal 25 mm). Verf. hat in der Literatur nur einen Fall mit annähernd ebenso grosser Hyperaesthesie gefunden, den Brown-Séquard als halbseitige Lähmung beschreibt, „eine doppelseitige Hyperaesthesie dieses Grades aber dürfte dermalen noch nicht beobachtet sein." Auch die Empfindlichkeit der Haut für thermische und elektrische Reize war gesteigert, die Schmerzempfindung und Schmerzleitung aber normal.

Es liegt also eine Compressions-Myelitis vor, die ihren Au
punkt an der dem 6. Brustwirbel entsprechenden Stelle des R
nommen hat. Ausser den Hintersträngen (Sensibilität) und den
hörnern (Schmerzleitung) dürften alle übrigen Theile des RM an
Stelle mehr weniger affizirt sein. Da bei Reizung der hintere
zeln, Hyperaesthesie nur gepaart mit der hier fehlenden Hype
vorkommt, ist hier an eine derartige Reizung nicht zu denke
muss also die Ursache der Hyperaesthesie auch im RM gelege
Verf. sucht dieselbe in den von Woroschiloff angenommene
siblen Nervenfasern in den Seitensträngen. „Dass durch Deger
dieser hypothetischen sensiblen Hemmungsvorrichtungen in äh
Weise Hyperaesthesie hervorgerufen würde, wie durch Deger
der thatsächlich in den Seitensträngen verlaufenden motorische
mungsvorrichtungen beispielsweise gesteigerte Reflexbewegungen
gerufen werden, leuchtet ein." Bestätigung durch weitere B
tungen mit Sektionsresultaten bleibt abzuwarten.

Stintzing (Münc

---

536. Debove, Du traitement de la phthisie pulmonaire pa mentation forcée. Ueber die Behandlung der Lungenschwi durch die forcirte Ernährung. (L'Union Médic. No. 161 u.

Eine der unangenehmsten, weil die Consumtion des Körp
beschleunigende, Begleiterscheinungen der Phthise ist das völli
niederliegen des Appetits, wobei schliesslich die Versuche, tr
Widerwillens Nahrung aufzunehmen, regelmässig Erbrechen herv
Die Idee, dass diese Appetitlosigkeit nicht immer von hochgra
Digestionsstörungen begleitet oder verursacht sein dürfte, ver
den Verf. bei einem aufs äusserste heruntergekommenen Phthisik
kaum noch den vierten Theil einer Tasse Milch geniessen konnt
dass sich Erbrechen einstellte, einen Versuch mit der künstlic
nährung vermittelst der Magensonde zu machen. Da ein Lite
auf diese Weise nach vorheriger Ausspülung des Magens ein
gut ertragen wurde, vergrösserte Verf. allmählich die Dosis,
dem Kranken schliesslich pro Tag in zwei Sitzungen 2 Lite
200 gr rohes geschabtes Fleisch und 10 rohe Eier zugeführt
Dies wurde, wie die vor jeder neuen Mahlzeit vorgenommene
spülungen ergaben, vollständig verdaut und der Erfolg war se
Die Kräfte und das Körpergewicht nahmen zu, letzteres um 9
Mittel täglich. Nachtschweisse und Schlaflosigkeit liessen vol
nach, die Expectoration wurde mässiger. Die krankhaften Pro
den Lungen (Cavernen) blieben unverändert, dagegen besserte
begleitende Bronchitis bedeutend. Der Kranke, der sonst den
Tag im Bett zubrachte und den jede kleine körperliche Be
ausser Athem brachte, konnte wieder rasch die Treppen steig
ging den ganzen Tag umher. Nur zweimal während dieser durc

Monat und länger fortgesetzten Ernährungsweise traten Symptome von Verdauungsstörungen, Erbrechen und Diarrhoe ein, einmal nach Zusatz von 60 gr Tapioca zur Milch, das andere Mal durch eigene Schuld des Patienten, der bei einem Ausgang aus dem Hospital eine starke Portion Rum getrunken hatte. Diese günstige Erfahrung veranlasste Verf., dasselbe Verfahren bei zwei anderen Phthisikern einzuschlagen; der Erfolg war ein gleich günstiger, ebenso bei einer Hysterischen, bei der häufige während der Deglutition sich einstellende krampfhafte Contractionen der Pharynx und die dadurch gegebene Unmöglichkeit zu schlucken einen Zustand äusserster Erschöpfung hervorgerufen hatten, endlich bei einem an Ulcus ventriculi Leidenden, der nur Milch vertragen konnte, gegen dieselbe aber durch den lange fortgesetzten Genuss einen unüberwindlichen Widerwillen bekommen hatte; mit der Sonde eingeführt, ertrug er sie vorzüglich. Dass nicht das Ausspülen des Magens allein in Betracht zu ziehen ist, beweist der eine Fall eines Phthisikers, bei welchem dasselbe nicht stattfand, und doch der Erfolg der gleiche war. Bemerkenswerth war, dass die vorher ganz appetitlosen Kranken während der künstlichen Ernährung allmählich das Hungergefühl wieder bekamen und die Einführung von Nahrung mit der Sonde wieder verlangten. In zwei Fällen untersuchte Verfasser den Urin vor der forcirten Ernährung und dann wieder, nachdem dieselbe längere Zeit fortgesetzt war. Er fand die tägliche Harnmenge bedeutend herabgesetzt, die saure Reaktion vermehrt, den Gehalt an Harnstoff über das Doppelte gestiegen, den Eiweissgehalt etwas stärker. Die Vermehrung des Harnstoffs erklärt sich von selbst; bezüglich der verminderten Harnmenge nimmt Verf. an, dass die Kranken, die früher bei ihrer Schlaflosigkeit und ihrem Nachtschweisse während der Nacht viel tranken, jetzt, wo beide Symptome verschwunden sind, bedeutend weniger Flüssigkeit in 24 Stunden zu sich nehmen; was endlich die etwas verstärkte Albuminurie betrifft, so erinnert er an die von vielen Physiologen behauptete Möglichkeit der Ausscheidung geringer Quantitäten von rohem Hühnereiweiss durch die Nieren, welche also auch bei der grossen täglich eingeführten Menge dieses Stoffes in den vorliegenden Fällen anzunehmen ist. Verf. fordert zu weiteren Versuchen mit der forcirten Ernährung bei diesen sonst so verzweifelten und jeder Medication spottenden Zuständen auf.

Brockhaus (Godesberg).

---

537. **Dujardin-Beaumetz, De l'alimentation artificielle chez les Phthisiques.** Ueber die künstliche Ernährung der Phthisiker. (L'Union méd. Nr. 170.)

Verf. zieht obige Bezeichnung der von dem Erfinder dieser Ernährungsmethode, Debove, gebrauchten (alimentation forcée) vor, da es sich dabei in Wirklichkeit nicht um eine gegen den Willen des Kranken ausgeführte Nahrungsaufnahme, wie bei Geisteskranken,

handele. Im Uebrigen hat er das Verfahren von Debove mit
Modificationen (s. d. Original) bei einer Reihe von Phthisikern
sich meist in einem weit vorgerückten Krankheitsstadium befa
an hochgradiger Appetitlosigkeit litten, erprobt und bestätigt die
Wirkung desselben. Er schickte bei gleichzeitig bestehendem
oder Erweiterung des Magens eine Ausspülung desselben n
leichten Lösung von Natr. bicarb. oder sulfur. (4,0 resp. 6,0
Wasser) vorher, führt dann zunächst 100—150 gr Leberthra
100 gr Peptone, darauf den Ernährungsbrei, bestehend aus
Eiern, 100—150 gr fein geschabtem rohem Fleisch, so viel Mi
das Ganze recht flüssig wird und 20—30 gr Kochsalz, endlich
wisse Quantität warmer Milch ein. Bei Diarrhoe setzt er et
muth. subnitr. zu. In allen Fällen trat anfangs Erhöhung, sp
stantbleiben des Körpergewichts — ein bei Schwindsüchtige
günstiges Zeichen — ein, der Schlaf wurde besser, die Nachts
cessirten, Fieber, Husten und Auswurf wurden geringer, ohne
objectiven Befunde in den Lungen Veränderungen zeigten. I
Falle, wo die künstliche Ernährung trotz bestehendem gutem
versucht wurde, war der Erfolg ein ungünstiger, daher räth
zur Anwendung derselben bei Anorexie der Phthisiker. Ulcera
Epiglottis und Kehlkopfeingang können, da sie die Einfüh
Sonde schmerzhaft oder auch unmöglich machen, Contraindicat
das Verfahren abgeben.

Brockhaus (Gode

---

538. **Dr. W. Camerer, Die künstliche Ernährung der Sä**
(Archiv für Kinderheilkunde. II. Bd. 12. Heft 1881.)

Verf. geht die gebräuchlichsten Ernährungsmethoden im S
alter durch, um zu zeigen, mit wie viel Unklarheit und Willk
die zur Zeit anerkannten behaftet sind. Die Analysen der
differiren ungemein. Gorup-Besanez z. B. gibt als Procentw
die Kuhmilch an: Wasser 85,7, Proteïnstoffe 5,4, Fette 4,3, Z
Salze 0,5. König dagegen Wasser 87,4, Proteïnstoffe 3,3, F
Zucker 4,9, Salze 0,7. Man müsste demgemäss bei einer
sonders analysirten Milch, für welche die Mittelwerthe ang
werden müssten, um ein Gemenge mit 1% Proteïnstoffen her
nach Gorup-Besanez 1 Theil Milch mit 4,4 Theilen Wass
König 1 Theil Milch mit 2,3 Theilen Wasser mischen. Ei
starke Verdünnung der Kuhmilch soll vermieden resp. corrigir
durch folgende Methode:

1. Man verdünnt die Kuhmilch mit dünnem Reis- oder
schleim, oder mit Lactinlösung. Der beabsichtigte Zweck ist zw

2. Die mit Wasser oder Schleim verdünnte Kuhmilch erh
Zusatz von künstlichem Verdauungssaft, also etwa von Salzsäu

und Pepsin. Dieser naheliegende und vielversprechende Ausweg ist practisch noch wenig erprobt.

3. Bei der Methode Biedert's wird Rahm der Kuhmilch mit Wasser verdünnt; der Säugling erhält also eine an Eiweissstoffen und Zucker relativ ärmere, an Fetten reichere Nahrung als bei den übrigen Methoden. B. nimmt an, dass das Fett der Kuhmilch zur leichteren Verdauung der Eiweissstoffe beitrage.

Zur Klärung der Frage der künstlichen Ernährung müsste man feststellen, wie gross der normale Bedarf eines Säuglings an Wasser, Eiweissstoffen, Fetten, Zucker und Salzen ist, und wie die Normalnahrung von einem gesunden Säugling ausgenutzt wird. Wer derartige Untersuchungen unternehmen will, sollte im Besitz eines zur eigenen Familie gehörigen Säuglings sein. Zu solchen Versuchen braucht man eine kleine Brückenwaage, welche belastet jedenfalls mit 2 gr Uebergewicht einen Ausschlag giebt, Messcylinder und Urschalen, einen Trockenofen mit Thermometer, Geräthe zur Fettextraction mit Aether, eine Reibschale, eine Analysenwaage und einen Apparat zur Stickstoffbestimmung nach dem Dumas'schen Verfahren. Verf. giebt sodann an, wie auf verhältnissmässig leichte Weise der normale Verbrauch eines Säuglings für den Beginn des 1., 2. bis 6. Lebensmonates bestimmt wird, setzt ausführlich auseinander, wie die Analysen des Kothes vorzunehmen seien (im Original nachzulesen) und kommt zu dem Schluss, dass erst durch derartige Untersuchungen die Aufgabe der künstlichen Ernährung klargestellt und zugleich ein exacter Maasstab für Prüfung eines Kindernahrungsmittels resp. einer Methode der künstlichen Ernährung gegeben sei; als solcher würde eine Vergleichung der Ausnützung der künstlichen Nahrung mit der Ausnützung der normalen Nahrung dienen.

Kohts (Strassburg).

---

539. **Landau** (Berlin), **Die Wanderniere der Frauen.** Mit 9 Holzschnitten. (Berlin 1881. Verlag von August Hirschwald. 104 Seiten.)

Die monographische Abhandlung umfasst alle einschlägigen Fragen und können hier nur einzelne Punkte hervorgehoben werden.

Am häufigsten wurde das Leiden bei Kranken im Alter von 30—40 Jahren bemerkt. Vorzugsweise fand man Frauen mit Wandernieren behaftet, 87 : 10.

Ebstein's Zusammenstellung ergab unter 96 Fällen 82 Frauen und 14 Männer, Fritz's unter 35 Fällen 30 Frauen, 5 Männer, Lancereaux's unter 64 Fällen 55 Frauen, 9 Männer, Hare's unter 23 Fällen 20 Frauen und 3 Männer. Das Verhältniss würde sich noch bei weitem mehr zu Gunsten der Frauen gestalten, wenn in obiger Zusammenstellung Angaben von Autoren aufgenommen wären, welche lediglich Frauen behandeln. So beobachtete Howitz 34, Chroback 19,

Verfasser selbst 42 Fälle. Dietl gab das bezügliche Verhäl
Frauen zu den Männern auf 100 : 1 an, welche Zahl jedoch
hoch gegriffen ist.

Meist wird die rechte Niere beweglich gefunden.

Ein entgegengesetztes Verhältniss ist bei der angeborene
der Niere beobachtet, welche, wie die Angaben von Willis und
lehren, sich bei weitem häufiger auf der linken Seite befindet.

Meist hatten die Frauen mit beweglicher Niere wieder
boren. Unter den 42 vom Verf. beobachteten Fällen befanden
2 Frauen, welche gar nicht geboren hatten.

In Betreff der Lebensweise und Beschäftigung der mit
niere behafteten Kranken muss bemerkt werden, dass dieselb
der arbeitenden Klasse angehören, wie dies bei dem klinis
poliklinischen Beobachtungsmaterial von vorn herein zu erw
Indess ist dieses Leiden keineswegs auf die ärmere Klasse be
wie die von Henoch veröffentlichten 6 Fälle zeigen, welche s
Personen der besser situirten Stände betreffen.

Eine der wichtigsten und häufigsten Ursachen der Bewe
ist der Schwund des Fettes in der Fettkapsel und die Locke
Peritoneum. Natürlich kann der Mangel des Nierenfettes nur
Beweglichkeit erzeugen, wenn dasselbe in grösserer Menge v
war und rasch aufgebraucht wird. Geht aber die Consum
Fettes langsam vor sich, so findet eine Accommodation statt,
Niere bleibt ebenso an ihrer Stelle, wie bei ganz jungen In
deren Nierenkapsel noch kein Fett enthält.

Eine hervorragende Rolle bei der Erzeugung der Wa
spielen ferner besonders bei Frauen die Erkrankungen der
decken, welche physiologisch in der Schwangerschaft und
zahlreichen Fällen von Geschwülsten der Genitalien bedeuten
änderungen in ihrer Dichte, Festigkeit und Elasticität ausges
Bei Vermehrung des thoracischen Druckes, wie beim He
schwerem Stuhlgang, überhaupt schweren Anstrengungen fällt
das in einer straffen Bauchmuskulatur gelegene wirksame F
mittel der Bauchcontenta fort, und es steht der Senkung de
nur ein geringer Widerstand entgegen. Bei den häufigen
gischen und pathologischen Ausdehnungen des Leibes erschl
gleichzeitig das Peritoneum, und es wird das vordere peritone
der Nierenkapsel und hiermit die Niere beim Hängebauch au
herabgezerrt.

Indess giebt es eine Reihe anderer bisher wenig beacht
mente, welche die Abhängigkeit der beweglichen Niere von
schlechtssphäre des Weibes ausser den bereits genannten Ursa
wiederholten Schwangerschaft, der Unterleibsgeschwülste u. s.
thun. Das sind die zahlreichen Lageveränderung
Genitalien, die Senkungen, Vorfälle und Inversion
Scheide und Gebärmutter.

Da die weiblichen Genitalien sowohl durch das Perito
durch den Harnleiter, der nahe am Corpus uteri bis zum
Drittheil der Scheide in derselben verläuft, mit den Nieren i
telbarer Beziehung stehen, so wird der Zug noch durch die

Leiden meist mit vorgefallene Blase verstärkt. Diesem Zuge giebt entweder die Niere nach, oder aber es wird durch denselben der Harnleiter verschlossen. Endlich trägt aber noch eine Reihe von Erkrankungen der weiblichen Genitalien mittelbar zur Entstehung der beweglichen Niere bei, indem sie durch Hervorrufen einer Hydronephrose die Nierenkapsel lockern.

Schon Walter erklärte das häufige Vorkommen der Hydronephrosen gerade bei Frauen damit, dass diese mehr Theile besitzen, welche die Harnleiter zusammendrücken und hierdurch zu Urinstauung Veranlassung geben können, als die Männer.

Auf die Wechselbeziehungen zwischen schwangerem Uterus und Niere hatte bereits Morgagni aufmerksam gemacht. Eine seltenere Ursache der Hydronephrosenbildung bei den weiblichen Genitalien hat Stadtfeld erwähnt, d. i. die Compression des Harnleiters durch parametrale Narben.

Die Obstruction des Harnleiters kann demnach bei Parametritis auf doppelte Weise zu Stande kommen, indem entweder das Exsudat den gleichseitigen Harnleiter direct comprimirt oder durch narbige Schrumpfung die Gebärmutter dermassen nach seiner Seite zieht, dass der entgegengesetzte Harnleiter verzerrt und sein Lumen aufgehoben wird.

Aehnlich wie eine Parametritis kann auch eine Haematometra durch Compression des Harnleiters eine Hydronephrose erzeugen, wie Tümpel gezeigt hat.

Eine der wichtigsten, bisher aber wenig beachteten Ursachen für die Hydronephrose jedoch ist der Vorfall der weiblichen Genitalien, worauf Virchow zuerst hingewiesen hat.

Eine Erklärung für dieses eigenthümliche Verhalten scheint Verf. jedoch nicht in den Gründen wie bisher gesucht werden zu dürfen.

Die Meinungen über die klinischen Folgen der Wanderniere sind unter den Autoren sehr getheilt. Rosenstein bemerkt hierüber: „Wichtiger als die angeborene Lageanomalie ist die erworbene bewegliche Niere, obschon auch sie eigentlich mehr negatives als positives Interesse hat, so dass die Kenntniss der bezüglichen Thatsachen wichtiger zur Vermeidung von diagnostischen Irrthümern, als um ihrer selbst willen ist, da das Leiden an sich keine grösseren Beschwerden macht und die Therapie kein Mittel hat, dem Uebel abzuhelfen."

Dieser Ansicht schliessen sich die meisten Hand- und Lehrbücher an, während im Gegensatz hierzu Keppler schon die uncomplicirte Wanderniere für ein tödtliches Leiden hält, so dass man dieselben, wenn sie nur irgend Symptome zeigt, ausrotten müsse.

Meist wirkt die Wanderniere wie ein Fremdkörper durch Zerrung und Compression von Nervenstämmen, Gefässen, Eingeweiden und durch functionelle Störungen, in geistiger und körperlicher Beziehung schädlich auf die Kranken.

Die mit einer beweglichen Niere behafteten Kranken werden gewöhnlich aber dann, wenn sie zufälligerweise eine Geschwulst im Bauche entdecken, von einer hypochondrischen Gemüthsstimmung befallen, die sich noch steigert, wenn das Leiden entweder vom Arzt für eine bös-

artige Neubildung erklärt oder trotz der Erklärung desselben
keine sei, von den Kranken für eine solche gehalten wird.

Guéneau de Mussy beobachtete bei einer rechtsseiti
derniere eine linksseitige Intercostalneuralgie; auch unter m
obachtungen, sagt Vf., finden sich zwei, bei welchen eine Lu
Intercostalneuralgie sich auf der linken Seite findet, während
Niere beweglich ist. Uebt man in diesen beiden Fällen auf
palpable Niere einen stärkeren Druck aus, so geben beide
übereinstimmend einen circumscripten Schmerz in der andere
gegend an.

Eine Steigerung der Schmerzen und Verschlimmerung d
meinbefindens übt die Menstruation aus. Man beobachtet
dieselben Erscheinungen, welche Mathews Duncan unter de
Aching Kidney beschrieben hat, und die sich besonders
dumpfen Schmerz in der Nierengegend äussern, welcher von
die Blase und das Kreuz ausstrahlt.

Die Thatsache jedoch, dass er nach der Menstruation u
klimakterischen Periode zuweilen gänzlich nachlässt, beweist,
vasomotorischer Zusammenhang zwischen den Genitalen und
beziehentlich zwischen Plexus ovaricus und renalis besteht,
ceraux und Fournier vermuthen.

Verf. findet die Erklärung der Genese und der klini
scheinungen bei der sogenannten Nierenklemmung in eine
siven localen Circulationsstörung in der bewe
Niere, bedingt durch Torsion oder Abknickung ode
winklige Insertion der Nierengefässe, besond
Nierenvene in Folge der Lageveränderungen un
drehung der Niere.

Um diese Verhältnisse deutlicher zur Anschauung zu
hat Verf. einige bezügliche Präparate von künstlich bewe
machten Nieren in der Leiche zeichnen lassen, welche einige
Torsion und Knickung der Gefässe zeigen.

Es giebt vielleicht wenig pathologische Processe, welche
erforscht sind, als die hier in Rede stehenden, gröberen Cir
Störungen in der Nierenvene. Max Hermann und Ludw
gefunden, dass nach Unterbindung der Nierenvene die Harn
in Folge der Stauung des Blutes völlig verschlossen wurden
die Harnabsonderung stillstand. Wurde die Nierenvene dan
permeabel, so trat die Harnsecretion wieder sehr rasch ein.
und Buchwald, welche die Nierenvene gleichfalls vollstän
banden, sahen die Niere in kürzester Zeit mächtig anschwell

Cohnheim bemerkt, dass bei Ligatur der Nierenvene
rasch durch Stauung des Blutes und durch Entstehung von O
schwillt, so dass es in weniger als einer Stunde an Gewicht u
das Doppelte der anderen Nieren annehmen kann.

Aehnlich wie im Experiment finden wir beim Menschen
liches Auftreten der sogenannten Einklemmungs-Erscheinung
hier entsteht in kürzester Zeit ein mitunter doppelt so gross
als die Niere selbst ist, der durch die genaueste Palpation
dieser abgegrenzt werden kann, und gleichfalls, gewöhnlich n

Tagen, spurlos verschwindet. Ebenso stimmen die Erscheinungen von Seiten der Harnsecretion mit denen im Experimente überein, da auch beim Menschen im Beginne des Anfalls ein dunkler, mitunter bluthaltiger, in den ersten Tagen spärlicher Harn secernirt wird, der erst mit dem Eintritt der Genesung einem profusen, wasserhellen Urin Platz macht. Die subjectiven Symptome erklären sich ebenfalls durch diese Annahme sehr leicht, da mit dem plötzlichen Ausfall der Function der einen Niere die andere nicht plötzlich und schnell vicariirend eintritt, so dass es für kürzere Zeit zu leichten urämischen Erscheinungen kommt.

Am unzweideutigsten erkennt man den Zusammenhang der beweglichen Niere und der Hydronephrose durch ein Symptom, welches bei der Genese der Hydronephrose durch die Wanderniere geradezu als ein pathognomisches zu betrachten ist, d. i. die periodische Anfüllung und Entleerung des hydronephrotischen Sackes. Diese durch das häufige Auftreten und Verschwinden einer Geschwulst sich bemerkbar machende Erscheinung, welche man mit Cole und Marris intermittirende oder temporäre oder auch ricidivirende Hydronephrose nennen kann, hat bei der Wanderniere nur Eger beschrieben.

Die Erkenntniss der beweglichen Niere stützt sich auf die physikalischen, besonders palpatorischen Zeichen derselben und die Kenntniss der durch sie bedingten mannigfachen Erscheinungen.

Besonders schwierig kann die Entscheidung darüber werden, ob ein Lebertumor, Schnürleber, Hypertrophie, Zipfelbildung derselben oder eine uncomplicirte oder an dem unteren Leberrande adhärente, bewegliche Niere vorliegt, da wir bei beiden Zuständen dieselben percutorischen und palpatorischen Befunde erhalten, und die Symptome beiderseits in gastrischen Störungen, Icterus und vagen Schmerzen im Unterleibe bestehen können.

Die Hydronephrose beweglicher Nieren bietet den aus anderen Ursachen entstandenen Hydronephrosen gegenüber nur ein pathognomonisches Zeichen, d. i. ihr häufig, auch klinisch sich bemerkbar machendes, intermittirendes Auftreten. Diese Intermissionen werden allerdings auch bei anderen Zuständen, z. B. Carcinom der Blase in der Gegend des Trigonum oder bei häufigen Nierensteinen beobachtet, aber eine Verwechslung mit der Hydronephrose bei beweglicher Niere ist wegen anderer charakteristischer Erscheinungen jener Erkrankungen kaum möglich.

Nachdem Keppler die Behauptung aufgestellt hatte, dass die Wanderniere als solche, selbst ohne alle und jede Complication sobald sie irgend welche in Erscheinung tretende Störungen im Organismus verursacht, durch die Nephrotomie mittelst Bauchschnittes zu entfernen ist, sind diesem Rath gemäss bis Ende 1880 6 mal gesunde Wandernieren exstirpirt worden, und zwar 4 mal von Martin mit 2 Todesfällen, 1 mal von Smyth und 1 mal von Merkel. Im letzten Falle erfolgte ebenfalls der Tod, so dass von 6 Personen 3 zu Grunde gegangen sind.

Die Exstirpation einer gesunden Wanderniere lässt sich jedoch in keiner Beziehung rechtfertigen.

Sofort aber muss man aus der expectativen Therapie, was freilich nur selten nöthig werden wird, heraustreten, sobald sich die Er-

scheinungen eines peri- oder paranephritischen Abscesses
ein Abscess der Niere selbst zeigen. Breite Incisionen in der
des Abscesses, ja sogar die Exstirpation der Niere sind hier
nur hier allein, angezeigt. Glücklicherweise ist dies Ereigniss s
dass es mir nicht gelungen ist, aus neuester Zeit einen diesbez
Fall aufzufinden.

Zeigt die Hydronephrose der beweglichen Niere in klinis
ziehung noch ihren intermittirenden Charakter, so kann ma
abwarten, bis dieselbe stationär geworden ist. Alsdann aber g
andere Behandlung, als die der Hydronephrose überhaupt; u
kommen nur zwei Verfahren in Betracht: die totale Ausr
des Sackes oder die Anlegung einer Nierenbecken-
fistel.

Die Exstirpation des ganzen Sackes ist, wie eine Zu
stellung Kroner's zeigt, bisher 8 mal ausgeführt worden; dar
schahen 4 Operationen unabsichtlich in der irrthümlichen A
einer Ovariencyste; 4 mal trat der Tod ein.

Prognostisch weit günstiger ist der zweite hier in
kommende Weg der Heilung, die von Simon empfohlene An
einer Nierenbecken-Bauchfistel. Sämmtliche bisher bei de
nephrose der Wanderniere operirten Fälle von Ahlfeld, P
Landau verliefen günstig.

Die Erfahrung zeigt, dass bei Anlegung einer Nierenbecke
fistel die von dem Inhaltsdrucke befreiten, plattgedrückten Nier
sich wieder ausbilden und quantitativ und qualitativ fast norm
tioniren, so dass man dem Kranken mit dieser Operationsweise
zu die bereits ausser Function gesetzte Niere wiedergiebt.

Zum Schluss folgen des Verf. eigene Beobachtungen.

---

540. **Dr. Leopold Loewy, Das Chinolin gegen Intermitt Intermittens-Neuralgien.** (Wiener med. Presse, No. 39—4

Das Chinolin, welches bei Destillation von Chinin, Cl
mit Alkalien gewonnen und in neuester Zeit aus dem sehr
Steinkohlentheer dargestellt wird, besitzt, wie Donath's exper
Untersuchungen nachgewiesen haben, ausgezeichnete antiseptisc
zymotische und antipyretische Eigenschaften. Diese vielfacl
logien des Chinolins mit dem Chinin bewogen L. dasselbe
Wirksamkeit bei Intermittens und bei typischen Neuralgien zu
An Stelle des an der Luft rasch zerfliesslichen salzsauren
bediente er sich des in Wasser und Weingeist leicht lösliche
linum tartaricum. Erwachsene liess er 3 Stunden vor dem An
auf 2—3mal nehmen, je nach der Empfindlichkeit des Mag
Pulver in Oblaten oder in Lösung (1 gr auf je 50 gr Aqu.

Syr. rub. mit 1—3 gr Aqu. lauroc.). Kranken mit darniederliegender Magenverdauung gab er nach jeder Dosis 1 Löffel voll Citronensaft. Unter den Fällen, in denen L. das Chinolin anwandte, waren 29 Intermittens mit quotidianem und tertianem und 2 mit quartanem Typus, 1 Fall bei einem Kinde mit quotidiana duplicata und 9 typische Neuralgien. Einige dieser Kranken hatten bereits vergeblich Chinin genommen. Nur zwei Individuen vertrugen Chinolin gar nicht, sie bekamen jedesmal heftiges Erbrechen, so dass doch zum Chinin gegriffen werden musste. Im Uebrigen erwies sich das Chinolin als ein gutes Antitypicum, welches dem Chinin an die Seite gestellt werden darf und dasselbe vollkommen zu ersetzen im Stande ist, ja dasselbe in mancher Beziehung überragt, da es nicht jene dem Chinin eigenthümlichen störenden Nebenwirkungen auf das Gehirn äussert. Besonders dort, wo die Kostenfrage in Betracht gezogen werden muss, empfiehlt sich die Anwendung des sehr billigen Mittels. Die bemerkenswerthen Uebelstände des Chinolins bestehen in dem intensiven eigenthümlichen Geruch, in dem leicht ätzenden Geschmack und in der starken Magenreizung, welche es bei empfindlichen Personen hervorruft, so dass es zum Erbrechen kommt.

Der bei Chinin-Anwendung geübten Darreichungsmethode analog, gab L. in jenen Fällen ausser der ersten 1 gr Dosis noch die 2 folgenden Tage je $^{1}/_{2}$ gr Chinolin ebenfalls 3 Stunden vor der Zeit, wo der Anfall gewöhnlich auftrat und bei den Fällen von quartana am 4. Tage nochmals ein volles Gramm; sodann liess er noch die folgenden 8 Tage dreimal täglich einen Theelöffel einer Mixtur von $1^{1}/_{2}$ gr Chinolin, 10 gr Tinct. amar., 80 gr aromatischen Wassers und 20 gr Syrup gebrauchen.

Ungar.

---

541. **H. Vierordt, Ueber Bandwurmkuren mit Extractum filicis maris.** (Med. Correspondenzbl. d. würtemb. ärztl. Vereins. No. 35, 1881.)

Während vom Jahr 1872 ab, auf der medicinischen Klinik in Tübingen mittelst der verschiedensten Verfahren und Methoden behufs Abtreibung des Bandwurmes nur ganz ungünstige Erfolge zu verzeichnen waren (von 21 Fällen wurden nur 2 durch den directen Nachweis des Kopfes erfolgreich behandelt), wurden durch ein neues Curverfahren überraschende Resultate erzielt. Dasselbe seit $1^{1}/_{2}$ Jahren auf der Klinik geübt, besteht in der Verwendung eines von Dr. Haidlen in Stuttgart dargestellten (nach V. besonders wirksamen) Extr. filicis maris aeth., welches zu 10 gr nach vorausgehendem ausleerendem Clysma 1 Stunde nach dem aus stark gesüsstem schwarzen Kaffee bestehendem Frühstück verabreicht wird. Nachtrinken von Cognac und schwarzem Kaffee gegen den üblen Geschmack und Brechreiz. 25 Minuten nach Aufnahme der Medicamente wieder ein Pulver aus 1,0 Ja-

lape und 0,5 Calomel, und je nach weitern 25 Minuten wied
Calomel gegeben, von dem im Ganzen nicht mehr wie 3 Porti
braucht wurden. Sobald Glieder abgehen, wird untersucht
Auffinden des Kopfes die Cur abgebrochen. Führen diese
nicht zum Ziele, so muss mit Ol. Ricini und Clysmata nac
werden.

Das im Ganzen jetzt dreizehnmal angewandte Kurverfahr
nur zweimal fehl, und war bei dem einen dieser Patienten
Monaten ein Bandwurm nicht zu constatiren. Bei den 11
wurden im Ganzen 14 Köpfe gefunden. V. rühmt bei diese
deren Kürze, Einfachheit und wenig eingreifende Natur ders
dem irgend welche unangenehme Symptome dabei nicht
achtung kamen.

Hindenlang (Fr

Neue Bücher.

Hortolès, Etude du processus histologique des néphristes, ave
dans le texte et 5 planches chromolithographiées. Paris, J. B
et fils. 6 fr.

Lang, Ueber Psoriasis (Schuppenflechte). (Sammlung klin. Vort
Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Moos, Pollnow & Schwabach, Gehörsstörungen des Locomoti
und deren Einfluss auf die Betriebssicherheit der Eisenbahnen.
Bergmann. 1 M. 80 Pf.

Riant, Hygiène du cabinet de travail. Paris, J. B. Baillière et

Senator, Die Albuminurie im gesunden u. kranken Zustande. Mi
Tafel. Berlin, Hirschwald. 3 M. 60 Pf.

Terrillon, Leçons de clinique externe. Paris, Doin. 4 fr.

Ulrich, Die Aetiologie des Strabismus convergens hypermetropicus
schlag, denselben im Entstehen zu bekämpfen. Cassel, Theo
1 M. 20 Pf.

**Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnellere
lung der Referate die Separatabzüge an die Redaction e
zu wollen.**

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 31. December. Nro. 40.

Casuistischer Beitrag zur Lehre vom Muskelsinn und der Ataxie.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. H. Menche,
Assistenzarzt der stat. med. Klinik zu Bonn.

Fälle, bei denen trotz mehr oder weniger gestörter Sensibilität der Haut und Muskeln keine Ataxie bestand, sind wenige in der Literatur verzeichnet. Ausser dem bekannten Fall von Späth[1])-Schüppel[2]) gehören hierher: der Fall von Engesser[3]) und aus der neuesten Zeit

---

1) Beitr. zur Lehre von der Tabes dorsualis. Tübingen, 1864.
2) Ueber einen Fall von allgemeiner Anästhesie. Archiv d. Heilk. XV. 1874. S. 44.
3) Deutsches Archiv f. klin. Medic. XVII. 1876. S. 556.

die Fälle von D. Drummond[1]). In dem bekannten Streit ü
torische und sensorische Ataxie sind die beiden ersten Fälle vo
benutzt worden, um die Möglichkeit einer sensorischen Ataxie in
zu ziehen. Klarer noch als diese spricht für die Ansicht von
reich, Erb etc. ein Fall, der in letzter Zeit in hiesiger Kl
obachtet wurde.

Emma Tr .... 19 Jahre, wurde den 6. IX. 1881 in
medicinische Klinik aufgenommen.

Sie datirt den Anfang ihres Leidens seit $1^1/_2$ Jahren.

Es besteht bei ihr Nystagmus beider Augen mit Gla
trübungen (derselbe soll von Geburt an vorhanden sein).

Stark ausgeprägter spastischer Gang. Contrakturen bei
Bewegungen der Beine. Erhöhung der Patellarsehnenreflex
Fussphänomen ist durch leichten Druck auf die Fusssohlen be
hervorzurufen. Sensibilität in den Beinen intakt.

Am rechten Arm besteht totale Sensibilitätslähmung d
und Muskeln; die Tast-, Schmerz-, Temperaturempfindung ist vol
erloschen, ebenso das Mukelgefühl und der Muskelsinn, so
nicht im Stande ist, den linken Arm in eine Stellung zu brin
geschlossenen Augen), in die man den rechten gebracht hat. Si
bei Aufforderungen hierzu nicht den geringsten Versuch, dies
Es besteht leichtes Hautödem im R. Arm und vom 28./X. -
entstanden im Gebiet des rechten Nerv. ulnaris mehrere Pen
blasen, die später schlecht heilende Ulcerationsflächen bilden.

Pat. wurde den 5./XI. von Herrn Geh.-Rath Rühle vo
und von demselben die Diagnose auf multiple Sklerose des
marks gestellt, die des Gehirns wurde fraglich gelassen.

Später wurde die vorhandene Motilität des R. Armes
untersucht und es fand sich folgendes:

Pat. vermag bei zugebundenen Augen den rechten Arm, d
und die Finger in jede beliebige Stellung zu bringen, die m
gesunden linken giebt, ohne eine Bewegungsstörung bei diese
gungen zu zeigen. Giebt man ihr an, beliebige Bewegungen
rechten Arm, der Hand und den Fingern auszuführen, z. B. ein
zu beschreiben, so vollführt sie diese ohne eine Spur von At
offenen und geschlossenen Augen. Sie isst mit der Hand, stri
und schreibt sogar mit Bleistift noch Briefe. Die Störungen
Ausführung dieser Beschäftigungen, bei denen sie also einen
stand mit der rechten Hand festhalten muss, sind auf die Sensi
paralyse der Haut zu beziehen. Selbst bei zugebundenen Au
sie im Stande, einzelne Buchstaben mässig gut mit der rechte
zu schreiben.

Ich glaube dieser Fall spricht klar genug; er beweist,
ordinirte Bewegungen ohne Muskelsinn möglich sind, und dass

---

1) Tabes dorsalis without locomotor ataxy. Brit. med. Journ.
1881. p. 508.

2) Ziemssen's Handbuch. XI. 2. 1. S. 87. 1876. und XI. 2. 2
1878.

hängigkeitsverhältniss der Ataxie von Störungen der Sensibilität der Haut und Muskeln nicht existirt. Auch gegen die neuere Ansicht von Leyden, der die Ursache der Ataxie in einer Störung der unbewussten centripetalen Erregungen sucht, spricht dieser Fall, sofern diese auch dieselben Leitungsbahnen haben, wie die bewussten Empfindungen. Und wenn Erb nach Betrachtung des Falles von Späth-Schüppel zu dem Schluss kommt, dass ein sensorischer Controlapparat bei intakten Coordinationsapparaten nöthig ist, um nicht Ataxie zu erzeugen, indem er jedoch sehr fraglich lässt, ob die Bewegungsstörungen, die entstehen, wenn ein Anästhetischer die Augen schliesst — also kein sensorischer Controlapparat in Thätigkeit ist — mit der Ataxie auch nur Aehnlichkeit haben, so muss nach diesem Fall der Schluss gezogen werden, dass bei intakten Coordinationsapparaten zur Erhaltung der Coordination kein sensorischer Controlapparat nöthig ist, mithin jede Ataxie eine motorische ist.

---

542. Lombard, De la periodicité physiologique et pathologique. Ueber physiologische und pathologische Periodicität. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 12.)

Als Paradigma der physiologischen Periodicität stellt L. den Schlaf, als das der pathologischen das Wechselfieber auf. Die Ursache des ersteren sieht er mit Preyer u. A. in der periodischen Anhäufung ermüdender und Schlaf erzeugender, sog. ponogener Stoffe im Körper; während des Schlafes werden diese oxydirt und aus dem Körper entfernt. Dass der Sympathicus dabei aber eine Rolle spielt, ist nach Verf. wahrscheinlich, weil die drei Functionen, bei denen das sympathische Nervensystem in Thätigkeit ist, die Wärmebildung, die Circulation und Respiration, während des Schlafes verändert sind und zwar im negativen Sinne. Er bespricht sodann die verschiedenen über die Ursachen der periodischen Fieberanfälle bei Intermittens aufgestellten Hypothesen. Am plausibelsten erscheint ihm die Theorie von Rüdiger und Ackermann; diese fassen die Periodicität auf als die Folge einer allmählichen Anhäufung gewisser unwägbarer Fluida in den nervösen Ganglien, welcher nach kürzerer oder längerer Zeit eine Entladung folgt. Auch hier spielt nach L. der Sympathicus eine Rolle; welcher Art die supponirten unwägbaren Fluida sind, und wie sie wirken, ist ein zur Zeit noch ungelöstes Räthsel. Im Anschluss an diese beiden Paradigmen erörtert Verf. die übrigen Beispiele physiologischer und pathologischer Periodicität, Hunger, Durst, Menstruation, Harn- und Stuhlentleerung einerseits, Neuralgien, Migräne, Hysterie, Epilepsie, psychische Erkrankungen und verschiedene Congestionszustände, Blutspeien, Haemorrhoidalblutungen etc. andrerseits.

Brockhaus (Godesberg).

---

543. **Girard, Notes sur une épidémie de diphthérie d jardin Froebel.** Bemerkungen über eine Diphtheritisepid einem Fröbel'schen Kindergarten. (Rev. méd. de la Suis Heft 12.)

Die Epidemie nahm ihren Anfang mit der Erkrankung Knaben (Brüder) von 4 und 5 Jahren, welche an chronischer hypertrophie litten. Von den Besuchern des Kindergartens er im Ganzen 30, von den Angehörigen derselben 20, 6 Erkrankte Als ätiologisches Moment musste der sehr schlechte Zustand, sich die Aborte befanden, angesehen werden. Verf. beschreib Fälle ausführlich und knüpft daran Bemerkungen über die N der Diphtheritis. Er rechnet die Krankheit zu den miasmat tagiösen. Während in der beschriebenen Epidemie die Verbrei Krankheit durch Uebertragung von Kind zu Kind direct nach war, muss das Auftreten der Diphtheritis in hochgelegenen der Schweiz, deren Bewohner monatelang mit der Bevölker Ebene nicht in Berührung gekommen waren, auf eine aut Entstehung durch Miasmen zurückgeführt werden. Verf. sch letztere Epidemien den Namen épidémies vierges vor. Er l sodann des weiteren die Ansichten der verschiedenen Forsch das Wesen etc. des Diphtheritisgiftes, worüber das Original sehen. Therapeutisch ist er dem Kali chlor. treu geblieben, er auf das wärmste empfiehlt. Er giebt es in 5% Lösung, je n Alter des Kindes am ersten Tage thee- bis esslöffelweise stündlic folgenden Tagen in längeren Pausen, so dass die Kinder am Tage ca. 5 gr, an den folgenden die Hälfte erhielten. Ausserd er Inhalationen mit 3% Carbollösung machen und den Hals stündlich zu erneuernde Priesnitz'sche Umschläge einwickel dieser Medication hatte er unter 20 von ihm behandelten Fälle Erfolg; in dem einen, trotz Tracheotomie letal verlaufenden F auf den Rath eines andern Collegen Natr. benz. angewendet Verf. hat im Laufe der Zeit alle während der letzten Decennie die Diphtherie empfohlene Mittel durchprobirt, mit keinem günstige Resultate erzielt, wie mit dem Kal. chlor. Er räth, de keinen Syrup zuzusetzen, der überhaupt bei allen Krankhe Mundes, Rachens etc. zu vermeiden ist, da er schädliche Fern erzeuge. Er ist entschiedener Gegner der internen Anwend Antiseptica, Carbolsäure, Thymol etc., da sie, wie die Versu Thymolvaccine ergeben haben, erst in einer entschieden toxisc centration pilztödend wirken. Vom Kal. chlor. hat er bei se wendungsweise nie Intoxication gesehen. Verf. vertritt die dass die Diphtherie in der Mehrzahl der Fälle zunächst ein locale darstellt, zu dem die Infection des Gesammtorganismus sich cundär hinzugesellt; in einer Reihe von Fällen tritt aber unte nicht bekannten Bedingungen die Allgemeininfection primär sind dies die schwersten Fälle, die von vornherein mit hohe tinuirlichem Fieber, Hämorrhagien, Albuminurie, Sopor und ei

mechanischen Athmungshindernissen nicht abhängigen Cyanose verlaufen. In diesen Fällen hält er die Tracheotomie, weil völlig nutzlos, für contraindicirt.

Brockhaus (Godesberg).

---

544. **Dr. Goschler** (Prag), **Die Gaumengeschwüre der Neugeborenen in Hinsicht der Beschaffenheit und des Verlaufes derselben nach eigener Beobachtung.** (Allg. Wiener med. Zeit. Jahrg. XXVI. No. 49.)

Bei Neugeborenen zeigt sich am 1.—4. Tage nach der Geburt, bisweilen auch einige Tage später, an der Schleimhaut des harten Gaumens in der Gegend des Gaumenwinkels ein rundlicher weisser Fleck in der Gestalt einer aufgelagerten Membran von der Grösse eines halben Centimeters, einige Tage später entsteht ein gleicher Fleck an der entsprechenden Stelle der anderen Gaumenhälfte. Nach 3—4 Tagen gehen diese Flecke unter Abstossung ihrer obersten Schicht in ein Geschwür über, welches mit einem grauen speckigen oder grünlichen Exsudat bedeckt ist. Ein gleicher Fleck mit gleichem Verlauf entsteht an der Gaumennaht. Gewöhnlich dauert es bis zur Heilung der Geschwüre 4 Wochen. Tonsillen, Pharynx und Kehlkopf bleiben gewöhnlich von der Affektion frei, bisweilen intercurrirt Soor. Das Leiden ist von einem Darm-Catarrh mit missfarbigen grünen, übelriechenden, schleimigen wässrigen Stühlen und Kolikschmerzen begleitet. Der Catarrh bessert sich mit der Heilung der Geschwüre.

Ein höherer Grad der Krankheit offenbart sich durch Ausbreitung des Prozesses auf grössere Strecken der Schleimhaut der Mundhöhle, jedoch nicht des Zäpfchens der Tonsillen, Pharynx und Larynx, und vergesellschaftet sich mit den Erscheinungen der Nasendiphtheritis. Die Unfähigkeit zu saugen ist noch grösser. Meist ist der Ausgang hierbei ein tödtlicher, auch geht der geschwürige Prozess auf die Lippen und Wangen über.

Als Complicationen kommen vor: Pemphigus, Rubeola, Miliaria rubra, Erythem, Icterus, Omphalitis.

Verf. nennt diese Krankheitsform Diphtheritis der Neugeborenen. Ihr entspricht am meisten die Stomatitis ulcerosa der Literatur.

Die diphtheritische Natur dieser Affection deducirt der Verf.

1. aus dem causalen Moment. „Es ist mehr als wahrscheinlich, dass die Gaumengeschwüre der Neugeborenen ihre Entstehung der Einwirkung eines Infectionsstoffes verdanken.“ Epstein hat in ihnen Micrococcus-Ballen gefunden, und gleichzeitig Infiltration der Parotis und Unterkiefer-Drüse und Nasen-Diphtheritis beobachtet. Die Uebertragung auf die Gaumenschleimhaut des Kindes geschehe oft beim

Baden des Kindes sowie durch die unreinen, mit Lochial-Se
deckten Fingern der Wärterinnen.

2. aus dem Verlauf und der langen Dauer des Pr
welcher länger sei als derjenige anderer Formen von Mundgesc

3. aus der Uebertragbarkeit dieser Geschwüre. Be
circumcidirten Kindern trat in der Wundfläche am penis al
diphtheritischer Belag auf, sobald die Kinder an dieser Fo
Gaumengeschwüre litten.

Die Symptome gleichen wegen der Aehnlichkeit der
schwüre und der ebenfalls hierbei vorkommenden Hautaffektione
lich Erythem, Rhagaden, denen der congenitalen Syphilis. Ein
Beispiel liefert die angeführte Krankengeschichte: Ein für syp
gehaltenes neugeborenes Kind nahm Quecksilber ohne Erfolg u
später allein durch rationelle Ernährung mit Ammenmilch.

Therapie: Zunächst sind die complicatorischen Erkrank
berücksichtigen und zu behandeln.

Local: Reinhalten der Geschwüre und Pinseln mit Kali c
oder K. hypermangan. Wenn die Geschwüre bluten oder stark
liren, empfiehlt sich Pinseln mit Alaun, Tannin-Lösung, oder
Argent. nitric oder Salzsäure hatten keinen günstigen Erfolg.

An denselben Stellen des Gaumens, „wo diese beschriebe
schwüre entstehen, kommen sehr häufig bei Säuglingen Exco
vor, weil diese Stellen durch das Saugen besonders in so fer
griffen werden, als die Luftverdünnung in der Mundhöhle bei
acte dort eine Hyperaemie hervorruft, als deren Folge ein
Transsudat, Abschilferung des Epithels und Excoriation (daher S
Excoriation genannt) hervortreten."

B

---

545. **Prof. E. Neumann** (Königsberg), **Ueber Blutrege und Blutbildung.** (Zeitschrift für klin. Medicin. 1881. I —449.)

I. Ein Fall von chronischer Blutungs-Anämi

Verf. gibt die Krankengeschichte einer Frau, die im 38
jahre wiederholten Blutungen eines Fibromyoma uteri unterle
und den Sectionsbefund. Der letztere bestätigte die schon ä
fahrung des Vf.'s, dass bei chronischen Erschöpfungskrankhe
insbesondere nach Blutungen das Knochenmark ausserordentli
ist an jungen, sich entwickelnden rothen Blutzellen. Das s
reiche Mark der Röhrenknochen hatte die Beschaffenheit eine
(lymphoiden) Markes angenommen und schloss wie das Mark de
und der Wirbel eine abundante Fülle von embryonalen, d. h.
tigen rothen Blutzellen ein. Diese fanden sich in gewisser Z

im allgemeinen Blutstrom, und zwar in der Vena azygos (deren Wurzeln in den Wirbeln und Rippen zu suchen sind) mehr davon als im Blute der Aorta. Das Gewebe der Milz und der Lymphdrüsen dagegen war trocken und saftarm und fast frei von jungen Blutzellen. Immerhin erschienen die Lymphdrüsen röther als die übrigen Organe, und die Lymphräume waren mit rothen Blutkörperchen, denen grosse, blutkörperchenhaltige Zellen beigemengt waren, stark angefüllt. Der Vf. kann indess eine hämatopoetische Thätigkeit der Lymphdrüsen nicht acceptiren und erklärt diesen Befund aus einer krankhaften Permeabilität der Blutgefässwandungen und dem Uebergang von Blutzellen in die Lymphgefässwurzeln.

II. Lymphdrüsen und Milz als Blutbildungsorgane.

Die bisherigen Untersuchungen berechtigen zu der Annahme, dass im extrauterinen Leben des Menschen weder die Lymphdrüsen noch die Milz eine irgend hervorragende Bedeutung für die Bildung rother Blutkörperchen besitzen. Der Verf. hat einige weitere Untersuchungen an Hunden angestellt, um das Verhalten der Milz nach wiederholten Blutentziehungen zu prüfen. Die Sectionen ergaben eine im wesentlichen vollkommene Uebereinstimmung mit dem sub I. beschriebenen Leichenbefund: Milz von normaler Grösse, durchweg blass, sehr trocken, Oberfläche runzelig; enthält sehr vereinzelte gefärbte kernhaltige Blutzellen; diese letzteren finden sich vereinzelt auch im Blute der Aorta, in relativ grosser Zahl dagegen im Blute der an der Hinterfläche der Wirbelkörper gelegenen Venenplexus; und in ausserordentlich grossen Mengen sind sie in sämmtlichen rothen Marktheilen vorhanden (in den Wirbeln und Rippen sowie im Femur und Humerus und in der untern Hälfte der Tibia, der Ulna und des Radius). Ganz analoge Befunde lieferten Milz und Knochenmark von Kaninchen, welche durch tuberkulöse Prozesse zu Grunde gegangen waren.

III. Kritische Bemerkungen über einige neuere Theorien der Blutkörperchenbildung.

In neuerer Zeit ist die Annahme, dass die rothen Blutkörperchen-Zellen, und dass kernhaltige gefärbte Zellen ihre Vorstufen sind, wieder beanstandet worden. In dieser Frage gilt dem Verf. folgendes als erwiesen:

1. Von der frühesten embryonalen Anlage des Gefässsystems bis in das späteste Alter lassen sich gefärbte, kernhaltige Blutzellen nachweisen (von Kölliker zuerst in der embryonalen Leber, von Neumann für alle Lebensalter im rothen Kochenmark der Rippen, Wirbel u. s. w. gefunden).

2. Die Menge derselben geht der Energie des Blutbildungsprozesses parallel.

3. Die Kerne in den rothen Blutkörperchen des Embryo und des Knochenmarks haben die Bedeutung wahrer Zellkerne.

4. Die Umbildung in kernlose Zellen (die definitiven rothen Blutkörperchen) kommt dadurch zu Stande, dass der Kern allmählich

schwindet oder aufhört, als ein von der gefärbten Zellsubstan
ders differenzirter Körper zu existiren.

Der Verf. bekämpft entgegenstehende Ansichten, so diejei
Rindfleisch, nach welcher der Kern sich nicht auflöst, sondern
der Zelle abtrennt, den gefärbten Zellenleib zurücklassend; fer
welcher annahm, dass farblose Zellen die Vorstufe der rothen Kö
bilden, in welchen ersteren der Kern zerfällt und erst später
auftritt, u. a.

Insbesondere aber widerlegt N. die Ausführungen von
und Pouchet, welche versucht haben, die alte Zimmermann'sche
von der Entstehung der rothen Blutzellen aus Elementarkö
(von ihnen Hämatoblasten genannt) neu zu beleben. Diese K
bildungen (M. Schultze) im Blute sind längst bekannt; sie wer
den genannten französischen Forschern aus dem Protoplasma vor
körperchen (H.) oder von einer eigenthümlichen Gerinnung d
plasma (P.) abgeleitet. Angeblich sollen Uebergangsformen
diesen „Hämatoblasten" und den rothen Blutkörperchen im
Blute vorhanden sein, — die aber der Vf. für Artefakte od
mortale Bildungen hält; die Körnchenhaufen sollen Farbstoff au
— was sonst von Niemandem beobachtet worden ist, — wäh
Möglichkeit, dass umgekehrt die rothen Blutkörperchen in K
haufen zerfallen könnten, erst widerlegt werden müsste; kurz,
malen wie auch die pathologischen Befunde von Hayem und P
erweisen sich als unsicher und zweideutig. Die embryonale
der rothen Blutkörperchen aus Zellen bestreiten H. und P. nicht,
aber für die spätere „ununterbrochene Neubildung" ihre Häma
in Anspruch. Hierbei werden die rothen kernhaltigen Ze
Knochenmarks, die mit der embryonalen Vorstufe der rothen
perchen identisch sind, von H. ignorirt; P. behauptet, dass die
— wie auch andere Zellen im Körper — lediglich durch „deg
Hämoglobin" gefärbt seien, dass sie dem Markgewebe, nicht d
bahn angehörten und im Markgewebe auch ihren Untergang

Auch Rollett betrachtet die rothen Blutkörperchen n
Zellen, sondern als „kernlose Abkömmlinge des Protoplasma
derer Zellen". Zellen, welche rothe Blutkörperchen sowie
derselben enthalten, sind in der That, insbesondere in neug
Thieren beobachtet worden. Diese Beobachtung ist, von and
wänden abgesehen, schon desshalb nicht beweiskräftig, weil
bei Neugeborenen sind leichteste Extravasate fast immer vo
Blutkörperchen und deren Trümmer, welche aus den Capill
diapedesin ausgetreten sind, von Zellen der Umgebung sehr
aufgenommen werden.

Die kernhaltigen rothen Zellen im Blute des Embryo
Knochenmarke des Embryo und des Erwachsenen sind histologi
kommen identisch und offenbar von derselben Bedeutung als V
der rothen Blutkörperchen.

Wol

546. **Fürbringer, Wahre Spermatorrhoe im Greisenalter nach schwerer Rückenmarkslaesion.** Beitrag zu den Beziehungen zwischen Rückenmark und Genitalfunctionen des Mannes. (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 43.)

Ein 68jähriger Handarbeiter, der mit Ausnahme einer vor circa 10 Jahren überstandenen Kniegelenksentzündung stets gesund war, wurde am 22. September von einer aus der Höhe von ca. 10 Fuss herabstürzenden Schubkarre in den Rücken getroffen und in eine 15 Fuss tiefe Lehmgrube, an deren Rande er mit Hacken beschäftigt war, hinabgeschleudert. Beim Sturze soll er sich überschlagen und mit dem Genick auf dem Grunde der Grube aufgeschlagen sein. Der Verunglückte blieb bei Bewusstsein, vermochte aber nicht sich aufzurichten, und wurde unter heftigen Schmerzen nach Hause geschafft, wo der Assistenzarzt Crepitation in der Sternalgegend und Lähmung beider Beine constatirte.

Nachmittags 5 Uhr, 6 Stunden nach dem Fall, nahm Verf. folgenden Status auf:

Sensorium frei, heftiger Brustgürtelschmerz, exspiratorische Dyspnoe, Leib aufgetrieben, absolute Paraplegie, complete Anaesthesie der unteren Extremitäten und unteren Rumpfhälfte, Reflexe vernichtet bis auf kaum wahrnehmbaren Sohlenkitzel- und Hodenreflex, keine Harn- und Stuhlentleerung, Penis schlaff. Entsprechend dem 6.—9. Dorsalwirbel teigige Schwellung, im Bereich derselben anscheinend Depression der Wirbelsäule, an den Lungen L. H. U. reichliches Knisterrasseln, kein Fieber.

Diagnose: Fractura columu. dorsal. Contus. medull.

Der am 23. September durch Katheterisation geholte Harn läuft in mattem Strahl ab, ist rothgelb, stark sauer, trübe, leicht eiweisshaltig. Im Sediment fallen neben Blutkörperchen einige wenige Spermatozoen auf. Am Nachmittag ist der Penis halb erigirt und am orificium urethrale mit einer schleimigzähen trüben Flüssigkeit beklebt, in welcher mikroskopische Spermatozoen nachweisbar sind, ebenso enthält der mit dem Katheter entleerte Harn in seinem Sediment neben hyalinen Cylindern und Epithelien zahllose Spermatozoen.

24. September. Pat. fiebert stark, Puls klein, frequent. Dyspnoe nimmt zu, über beiden Lungen deutliches Subcrepitiren. Absolute motorische und sensible Lähmung. Deutliche Reflexe, Penis bleibt andauernd in halber Erection und ist an Eichel und Vorhaut mit fadenziehender Flüssigkeit benetzt, dieselbe Flüssigkeit an den Oberschenkeln. Die mikroskopische Untersuchung ergibt:

Zahllose Spermatozoen, dieselben sind in überwiegender Mehrzahl wohlentwickelt, theils in lebhafter, theils träger Bewegung, ferner Hodenzellen in mässiger Zahl und neben zahlreichen vorwiegend platten Epithelien, concentrisch geschichteten Amyloiden und Detritus grosse schöne Böttchersche Krystalle. Der in starkem, kräftigem Strahl durch den Katheder abgeflossene Harn setzt nach 6 resp. 12 Stunden ein fingerdickes, dichtwolkiges fast ausschliesslich aus Spermatozoen bestehendes Sediment ab. Denselben Abend Exitus lethalis. Die nach 14 Stunden vorgenommene Section ergibt:

Darmfortsatz des VIII. Dorsalwirbels abgebrochen, se
mehrfach fracturirt. III. Brustwirbel gegen IV. nach vorne
Comminutivfractur des IV. und V. Dorsalwirbelkörpers. In
des IV. 1 cm langer Zertrümmerungsheerd der Medulla; d
Substanzen eine Strecke abwärts von der zerquetschten Stell
Keine nachweisbare Laesion der Medulla in der Höhe des V
salwirbels.

Sternum zwischen I. und II. Rippenknorpel durchbroch
neben den Körpern des III. und IV. Rückenwirbels eingeris
erguss in beiden Pleurahöhlen. Lungen emphysematös und
ödematös. Nieren normal gross, Gewebe braun roth. In
gelber opalisirender Harn mit flockigem Sediment. Hoden u
hoden unversehrt. Keine nachweisbare Anomalie der Pro
Samenblasen. Am orif. urethr. schleimige Flüssigkeit (Sperm
enthält eine der Leiche entnommene Harnprobe deutlich Spe

Die Untersuchung des Genitalapparates weist den ganze
tractus als intact, aber mit Sperma strotzend gefüllt nach.

Aus dem Complex dieser Erscheinungen zieht Verf. ve
Schlüsse, die er auf folgende von der Physiologie festgestellt
über Erection und Samenentleerung beim Thiere stützt.
Eckhard den Verlauf der dem Vorgange der Erection
Nervi erigentes durch das Rückenmark bis zum Gehirn und
lösung des Phänomens durch das Cerebrospinalsystem nac
hatte, zeigte Goltz, dass das erste Reflexcentrum für Ere
Ejaculation gleich jenen für die Blasentleerung beim Hunde i
mark liege und sowohl hemmenden als anregenden Einfl
Seiten des Gehirns unterworfen sei. Auch Budge verlegte
trum genitospinale in das Niveau des 4. Lendenwirbels, nac
mittelt dieses Centrum die Peristaltik der Samenleiter und
und steht den Bewegungen der Blase und des Mastdarms vor.
hält das Erections- und Ejaculationscentrum für identisch u
dass es nur verschiedenartiger Erregung bedürfe. Auf Gru
Lehren deutet Verfasser die Erscheinungen vorliegenden Fall
dermassen:

1) Die in unmittelbarem Anschluss an das Trauma erf
senlähmung, die fast totale Vernichtung der Reflexe, der Ma
Erection und Ejaculation entspricht einer Lähmung der Re
unterhalb der Läsionsstelle.

2) Die Wiederkehr der Reflexcontractionen der Blase an
Tage (kräftiger Harnstrahl beim Catheterisiren!), die Hautr
die mit reichlicher Spermaentleerung verbundene Schwellung
entspricht einer Erholung jener Centren. Das Ausbleiben
ständigen Erection bei dem durch das Catheterisiren hervo
sensiblen Reiz spricht nicht gegen eine Erholung des Centr
dern findet in dem hohen Alter des Patienten seine Erklärun
gründung.

3) Das Auslösungsmoment für die Erection ist in de
des Rückenmarks an Stelle der Läsion zu suchen, entsprec
Ségalas'schen Experiment, welcher schon im Jahre 1824
zung des Rückenmarks geköpfter Meerschweinchen Erection

culation hervorrief. Doch können auch die durch Füllung der Harn- und Samenblase gesetzten Reflexreize dafür verantwortlich gemacht werden. Auf diese Weise erklärt sich Verf. die Erection. Zur Erklärung der Spermatorrhoe zieht Verfasser folgende zwei Momente in Betracht:

1) Active Bewegungen der Samenleiter, Samenbläschen etc., welche den Elasticitätsschluss des Duct. ejaculator. überwinden.

In Bezug hierauf fasst Verf. vorliegenden Fall als ein Analogon der Budge-Loeb'schen Thierversuche auf und ist der Ansicht, dass auch beim Menschen das nächste Centrum für die Bewegung der Musculatur der Samenleiter, Samenbläschen und der Prostata ins untere Rückenmark zu verlegen sei. Die reflexerregende Spannung der Wände der Samenbehälter durch das fortwährend sich ansammelnde Secret bei gänzlichem Wegfall des cerebralen Hemmungsmechanismus bilden auch hier das Auslösungsmoment wie bei der physiologischen Pollution. Die Theilung des Samenstromes am Samenhügel beruht auf einer unvollkommenen Schwellung des caput gallinaginis, welche durch die unvollständige Erection bedingt war.

2) Fortdauernde Spermasecretion.

Dieser letzte Punkt, der jedenfalls bes. in Anbetracht des hohen Alters des Patienten höchst merkwürdig ist, veranlasst Verf. dem Rückenmark einen wesentlichen Einfluss auf die Samenabsonderung zuzuschreiben, er erinnert dabei an den von Goltz citirten Breuchet'schen Fall, nach welchem ein mit vollkommener Anästhesie des Unterkörpers behafteter Paraplegiker noch zwei Kinder zeugte.

Zum Schluss spricht Verf. die Vermuthung aus, dass derartige Fälle einer gesteigerten Samenabsonderung nach Rückenmarksläsion vielleicht häufiger vorkommen als man annimmt, und dass eine methodische mikroskopische Untersuchung des Harnsediments bei Rückenmarkszertrümmerung durch schwere Traumen diese Frage entscheiden dürfte. Jedenfalls legt nach seiner Ansicht dieser Fall die Annahme von nächsten Centren für die Production und Entleerung der Genitalsecrete des Mannes im Bereich des Lendenmarks nahe.

W. Rühle.

---

547. **Dr. Th. Rumpf** (Düsseldorf), **Zur Wirkung des faradischen Pinsels bei einem Fall von Neuritis optica mit Myelitis transversa.** (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. No. 32.)

Die von dem Verf., Goltz u. A. beobachteten eigenthümlichen Veränderungen in dem Gefässsystem an ganz entfernten Stellen bei Applikation der verschiedensten äusseren Reizmittel auf die Haut, insbesondere die Gefässveränderungen in der Pia und Grosshirnrinde bei dauernder faradischer Pinselung der Haut veranlassten Rumpf, die letztere in ausgedehnterer Weise, namentlich auch bei centralen Affek-

tionen in Anwendung zu ziehen. Besondere Dienste leistet
Pinselung bei Sensibilitätsstörungen, bei Hemiplegien, bei C
und Stauungshyperaemien der Gehirn- und RMhäute, endlich
dorsalis. Zunächst wird der nachstehende Fall mitgetheilt.

Im Verlauf von 2 Jahren hatten sich bei einer bis d
kommen gesunden 37jähr. Pat. folgende Symptome entwicke
der unteren Extremitäten, Schwanken bei geschlossenen Au
sthesie und Analgesie, sowie Paraesthesien der Beine, gestei
nenreflexe, Gürtelgefühl in der Höhe des Nabels, Inconti
Schwäche im Rücken, Arme völlig intakt. Neben diesen S
einer Myelitis transversa war gleichzeitig eine Affektion d
entstanden, die sich in einer Herabsetzung der Sehschärf
und als deren ophthalmoskopisches Substrat sich ein zwis
ungspapille und Neuritis die Mitte haltender Befund heraus
handelte sich jedenfalls um eine aus Stauungshyperaemie he
gene Neuritis optica. Eine solche Combination von Neuritis
Myelitis transv. ohne klinisch nachweisbare Erkrankung der d
liegenden Nervenbahnen ist schon mehrfach vom Verf. s
Mooren und von Erb beobachtet worden. — Nachdem di
tion ohne „wesentliche Veränderung zum Besseren" bestand
Stimmung des Pat. sich immer verschlechtert hatten, wurde
Pinsel angewendet (an der oberen Parthie der Brust, an d
und dem Rücken 5—6 Min.). Schon am 3. Tage zeigte
entschiedene Verminderung der Injektion der Papille und
schmälerung der zuvor ausserordentlich breiten Venen und A
Augenhintergrundes. Die Sehschärfe stieg im Laufe von 6
Jäger No. 14 auf Jäger No. 7 und in 4 Wochen auf Jäg
Durch gleichzeitige stabile galvanische Behandlung des RM ver
auch die Symptome der Myelitis bis auf leichte Steigerun
nenreflexe.

Unter dem Einfluss der faradischen Pinselung stellte
„der verloren gegangene Tonus der Gefässe der Papille"
und mit der Rückbildung der Gefässe verloren sich die en
Erscheinungen der Papille und die Herabsetzung der Seh-S

Stintzing (M

---

548. **Prof. Federici Cesare, Di un solo aneurisma svilup
arterie celiaca e mesenterica.** Ueber ein Aneurysma
coeliaca und mesenterica. (Rivista Clinica di Bologna, 188

In Italien wurden schon einige Fälle von Aneurysma
coeliaca beschrieben. Im referirten Falle war Pat. ein 50jäh
welcher über Schmerzen im Epigastrium, die sich zuweilen
die Leisten und den Rücken verbreiteten, über eine Pulsatio
Bauchtheile, und so starke Verdauungsbeschwerden, dass er
gezwungen wurde Erbrechen der Ingesta künstlich zu erreg

Diese Leiden nahmen nach regelmässigem Leben, Gemüthsruhe und Bettlage ab; wurden unerträglich nach Aufregungen und Arbeit. Patient datirte den Anfang derselben von einem Sturze, bei welchem er einen Stoss am Epigastrium bekommen hatte: sie hätten sich verschlimmert nach einer zum Heben einer Last angewandten Gewalt.

Die Symptome, auf welche Prof. Federici die Diagnose stützte, sind folgende:

Die früher beschriebenen Schmerzen.

Das Vorkommen einer rundlichen, pulsirenden Erhebung im oberen linken Bauchquadrant, welche man unmittelbar unter dem apof.-xifoid fühlt; und

in der Median-Linie. . . . 3" über dem Nabel,
in der rechten Sternal-Linie . 4" unter dem Rippenbogen,
in der linken „ „ . 2" „ „ „
in der recht. Parasternal-Linie 6" „ „ „
sich findet.

Die stärkste Expansionsbewegung findet am linken Theile statt. Die ins Epigastrium gesenkte Hand nimmt die Pulsation nicht mit den Fingerspitzen, sondern mit der Fläche wahr. Die Athmungsbewegungen theilen sich nicht dem Tumor mit, derselbe ist nur um wenige cm in horizontaler Richtung beweglich. In seinem Gebiete ist der Percussionsschall matt, in der Umgegend tympanitisch. Die Aortapulsationen sind in der Nabelgegend gut fühlbar. Wenn man in dieser Gegend die Aorta gegen die Wirbelsäule andrückt, verstärkt sich die Tumorpulsation nicht, während die auf den Tumor aufgelegte Hand die Pulsationen der Aorta und Cruralis schwächen und sogar zum stillestehen bringen kann, die Pulsation des Aneurysma's aber verstärkt. Die comparative Untersuchung des Herzschlages und die Pulsation der grossen Arterien weist keinen wesentlichen Zeitunterschied nach. Am linken oberen Theile des Epigastriums hört man ein kurzes rauhes Geräusch.

Das übrige Examen ergab leichte Zunahme der Herzdämpfung, keine Veränderung der Herztöne und Magenerweiterung.

In den letzten Tagen vor dem Tode hatte sich der Tumor vergrössert, besonders am linken Theile, so dass er unter die Linea umbilicalis transversa hinabgestiegen war.

Sektionsbefund. — Eine reichliche Menge von coagulirtem Blute klebt den stark erweiterten Magen, Leber und Colon transversum zusammen; die untere Oberfläche des Diaphragma's und die Nieren sind ebenfalls von einer dicken Blutschicht bedeckt, welche von einem grösstentheils das Epigastrium einnehmenden aneurysmatischen Tumor herrührt. Das Aneurysma liegt auf der Abdominal-Aorta unmittelbar unter den Diaphragma-Sehnen. Form cylindrisch, Länge 16", Umfang 18". Die Wand ist an einigen Stellen dick, an anderen dünn und zerreissbar, besonders am linken Theile, wo der Durchbruch stattfand. Der aneurysmatische Sack wird von der Erweiterung der Arter. coeliaca und mesenterica gebildet, deren verschmolzene Wände eine geräumige Höhlung umgrenzen, welche mit fibrinösen Schichten und Blutcoagulis erfüllt ist. Das Aneurysma der Arter. coeliaca könnte leicht mit einem Aneurysma der Aorta abdominalis verwechselt werden. Doch im ersten Falle stehen nach Verf. dem Arzte manche werthvolle

differentielle Kennzeichen zu Gebote, als Magenbeschwerde
Art der Schmerzen. Das Centrum derselben ist immer das Ep
von da verbreiten sie sich auf's übrige Abdomen in Form v
ralgien; während der vom Aneurysma der Aorta verursacht
fast immer fest bleibt, oder sich in der Richtung der Lumb
verbreitet. Nach Verf. ist die Abschwächung des Pulses i
legten Arterien und das Stärkerwerden der Tumorpulsation
des auf denselben ausgeübten Druckes pathognonomisch für
rysma der Coeliaca. Leider konnte man im vorliegenden Fal
Moore angenommene differentielle Symptom, welches dar
die Tumorpulsation bei verschiedenen Lagen des Pat. zu un
nicht bestätigen. Letztgenannter Autor fand, dass die unters
sation bei verschiedenen Positionen unverändert bleibt, wen
Aorta abdominalis zukommt. Rührt sie aber aus einer E
einer Aortaverzweigung her, dann wird sie schwächer gefü
man Pat. auf Knieen und Händen stehend untersucht. In d
kann sie vollständig verschwinden, wenn die Tumorpulsation
selben nicht erzeugt wird, sondern sich in den grossen a
Gefässen fortpflanzt.

G

---

549. Israel. Experimentelle Untersuchung über den Z hang zwischen Nierenkrankheiten und secundären Ve gen des Circulationssystems. (Virch. Arch. Bd. 86, S.

Schon früher war es Grawitz und dem Verf. gelung
künstliche Erzeugung interstitieller Nephritis Herzhypert
machen. Bei einer Reihe solcher Thiere nun beobachtete I
änderungen der grossen Gefässe neben jener Herzhypertr
sich als chronische Endoarteriitis deformans bezeichnen las
selbe besteht der Hauptsache nach in einer Verkalkung d
lagen. Bei einem Kaninchen war die Aorta stellenweise in
starre Röhre verwandelt, die Kalkablagerung erstreckte sich
auf die untersten Schichten der Intima. Letztere war in g
dehnung fettig degenerirt, aber in toto erhalten, so dass ulcer
etwa den Kalkplatten entsprechend, nicht vorhanden waren.
war hier die Weite der Aorta bemerkenswerth und eine Sc
linken Vorhofes. Ferner hatte die Musculatur der Aorta, we
als die secundären Degenerationen, eine beträchtliche compe
Verdickung des Muskularis aufzuweisen. Alle diese Ver
des Gefässapparates hatte Verf. nun abgeleitet von der Zur
der harnfähigen Stoffe im Blute und von ihrer reizenden
auf die Wandung. Wenn bei Nephritiden nicht immer ein
Harnstoffgehalt des Blutes nachweisbar ist, so liegt das d
die Thätigkeit des Herzens sich der Bildung jener Stoffe a

durch vermehrte Thätigkeit die im Blute angehäuften Stoffe zur Sekretion bringt. Beruht aber die Veränderung des Circulationsapparates auf jener Retention von Stoffen, so muss sie sich künstlich durch andauernde vermehrte Zufuhr derselben nachmachen lassen. Verf. suchte das zu erreichen durch Einspritzung concentrirter Harnstofflösungen in den Oesophagus. Er brachte den Thieren schliesslich bis zu 16 gr täglich bei und erzielte nach wochenlanger Anwendung stets eine erhebliche Hypertrophie der Nieren und darauf folgend eine ebensolche des Herzens. Auch mit anderen harnfähigen Substanzen musste sich theoretisch ein gleicher Erfolg erreichen lassen und so erzielte Verf. durch die gleiche Darreichung des Natron nitricum entsprechende Hypertrophien. Verf. meint, ob nicht auch zuweilen bei Diabetes beobachtete Herzhypertrophien und ebensolche bei Säufern auf die gleiche Ursache, auf die erhöhten Ansprüche an Nieren und Harn zurückgeführt werden könnten.

Ribbert.

---

550. **Dr. Vincenzo Cerdello, Sul principio attivo dell' Adonis vernalis.** Ueber den wirksamen Bestandtheil von Adonis vernalis. (Archivio delle scienze mediche. Vol. V. Fasc. 3. 1881.)

Dieser Bestandtheil ist ein Glycosid: das Adonidin, welches Verf. rein präpariren konnte. Die Eigenschaften des Adonidin sind denen des Digitalin gleich, doch etwas stärker.

Das Adonidin ist dem Digitalin vielleicht vorzuziehen als weniger gefährlich, da es keine cumulative Wirkung besitzt.

Graziadei.

---

551. **Dr. Paolo Pellacani, Sul valore terapentico delle trasfusioni di soluzioni di sostanze inorganiche nelle emorragie.** Ueber die therapeutische Wirkung der Transfusionen mit anorganischen Salzlösungen bei Haemorrhagien. (Archivio delle scienze mediche. Vol. V. Fasc. 3. 1881.)

Von der Thatsache ausgehend, dass die dünnen Kochsalzlösungen ein Reizmittel der durch andere Substanzen oder von Haemorrhagien verlangsamten und abgeschwächten Herzbewegungen sind, stellte Verf. eine Reihe experimenteller Untersuchungen an, welche den Zweck hatten, die Frage zu entscheiden, ob intravenöse Transfusionen mit

Kochsalzlösungen [6 NaCl $^0/_{00}$ H^2O mit oder ohne Zusatz 0,
und albuminoiden Flüssigkeiten (Milchserum etc.) die Wirku
die Versuchsthiere den Gefahren der acuten oder pr
Anaemie zu entziehen, den Kreislauf dauernd zu erregen,
homogenes Blut transfundiren könnte. Aus seinen Unter
ergab sich, dass:

I. die transfundirten Flüssigkeiten die verlorene Blutm
ernd ersetzen können, denn sie werden langsam entleert.

II. Die Transfusionen mit anorganischen Salzlösunge
eine günstige therapeutische Wirkung bei acuten Hämorrha
bei denjenigen, welche chronisch gefährlich werden können.

III. Ihr Gebrauch kann einen bedeutenden Blutverlus
lassen, welcher bei starken Hämorrhagien ein Maximum von
kleinen, sich erneuernden Hämorrhagien ein Maximum von
reicht.

IV. Die Menge der transfundirten Flüssigkeit kann der
verlorenen Blutes gleich sein; die Herzthätigkeit aber kan
erregt werden, wenn auch die transfundirte Flüssigkeit von
Menge als das verlorene Blut ist.

V. In sich erneuernden Hämorrhagien finden diese Tra
ihre beste Indication.

VI. Die Albuminoide enthaltenden Flüssigkeiten sind
empfehlen.

Mya

Neue Bücher.

Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für
Aerzte und Studirende. Mit zahlreichen Holzschnitten. Band
Wien, Urban & Schwarzenberg. 1 M.

Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorle
praktische Aerzte und Studirende. Zweite verb. und vermehr
Mit zahlr. Holzschnitten und 1 Farbendrucktafel. Erste Häl
Urban & Schwarzenberg. 9 M.

Koenig, Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und
3. Aufl. III. Band. Mit 90 Holzschnitten. Berlin, A. Hirschwa

Marchand, Der Wechsel der Anschauungen in der Pathologie.

**Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnellere
lung der Referate die Separatabzüge an die Redaction
zu wollen.**

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1881. 17. Januar. Nro. 41.

552. **Prof. J. Holst, Vier Beobachtungen von Wochenbettscharlach nebst Bemerkungen.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1881. N. 51.)

Verf. theilt vier Fälle von Scharlach bei Wöchnerinnen mit. Wie die Krankengeschichten ergeben, handelt es sich um wirklichen Scharlach, welcher in allen Fällen von den Wöchnerinnen auf andere Personen übertragen wurde. „Es kann also die Complikation des Wochenbetts mit Scharlach nicht bezweifelt werden". „Ist das für eine grössere Anzahl von Fällen bewiesen, steht auf der anderen Seite auch fest, dass in Folge von septischer, pyämischer u. s. w. Infektion Exantheme, welche nur annähernd der Scarlatina ähneln, nicht vorkamen, so scheint die vielfach ventilirte Frage, ob „Scarlatina puerperalis" oder „Scarlatina in puerperio", dahin entschieden werden zu müssen, dass es sich in allen Fällen, wo im Wochenbett skarlatinöse Exantheme zur Beobachtung kommen, um Komplikation mit Scarlatina vera handelt."

E. Bardenhewer.

553. **Prof. Eppinger, Ueber Tuberculose des Magens phagus.** (Prag. med. Wochenschr. 51. 52. 1881.)

Die Sektion eines 30jähr. Mannes, der während des S haltes Symptome eines chronischen Lungenleidens dargel nebstdem einige Zeit vor dem Tode an heftigen Magenbesch litten hatte, ergab neben obsoleter Spitzentuberkulose u miliarer Eruption in den Lungen und Nieren, folgenden Magen: In der Schleimhaut desselben, insbesondere längst Curvatur, reichliche bis 1,5 cm grosse, mit wulstigen Rä gelblich belegter Basis versehene Geschwüre, zwischen dene graulich-weisse miliare Knötchen eingetragen waren. — ähnlicher Befund an der Magenschleimhaut fand sich bei ei Geisteskranken; Lunge und Leber waren in diesem Falle tuberkeln durchsetzt, in ersterer ausserdem eine chronische Affektion.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte in beiden Fäl geschwürsfreien Stellen der Magenschleimhaut reichliche infiltration zwischen den Drüsenschläuchen; zwischen dem letzteren und der Muskularis fanden sich zahlreiche echte die stellenweise zu Gruppen vereinigt bis an die Schleimha heranreichten, an anderen Stellen die Muskelschicht du Das Entstehen von Geschwüren auf der Magenschleimhaut fall oberflächlich gelegener Tuberkelgruppen konnte vom lich nachgewiesen werden. Nach Verf. handelt es sich somi Fällen um akute Tuberkulose des Magens, bestehend in aus miliarer Eruption und Bildung tuberkulöser Geschwüre in d haut derselben.

Der 3. Fall betrifft eine 45jähr. Frau, deren Sektion n gradiger chronisch-ulceröser Lungentuberkulose eine fast Soorbildung im Oesophagus ergab. Nach Abspülung der fand man die Schleimhaut des Oesophagus ihrer ganzen durchsetzt von stecknadelkopf- bis bohnengrossen Gesch scharfrandig mit morschem gelblichem Belag versehen waren; mit blossem Auge erkennbare weissliche Pünktchen, die skopisch als echte Tuberkel erwiesen. Die Entstehung der tu Affektion im Oesophagus lässt sich nach Verf. in der Weis dass nach erfolgter Soorbildung, Theile von Sputis zwischen und Oesophagus festgehalten wurden und auf die durch die rung ohnehin gelockerte und rissig gewordene Schleimhaut de ihre inficirende Wirkung äusserten.

E. Schütz

554. **Seifert, Bericht über die Kinderabtheilung des Juliushospitales zu Würzburg aus den Jahren 1872—1880.** (Jahrb. für Kinderheilkunde.)

In dem ersten uns bis jetzt vorliegenden Theile des Berichtes werden die Infektions- und Respirationskrankheiten abgehandelt.

Von ersteren kamen Morbillen 23 mal mit 3 Todesfällen, letztere alle aus einem Jahre stammend, zur Beobachtung. 2 Kranke sollen zum zweiten Male Masern gehabt haben. Dreimal konnte das Incubationsstadium bestimmt werden; es betrug 2 mal 10, 1 mal 14 Tage. 1 mal zeigte sich das Exanthem an den Vorderarmen zuerst. Die Rachenschleimhaut war meist betheiligt, 1 mal wurde fleckige Röthung der Larynxgebilde beobachtet. In 5 Fällen bestand Complication mit Endocarditis, von denen nur in einem Falle ein Klappenfehler zurückblieb. Ein Pat. wurde wegen Laryngitis (diphtherica?) tracheotomirt. Die Behandlung war exspectativ. — 2 mal wurden Rubeolen beobachtet, Temperatur war wenig erhöht, Desquamation fehlte. Beide Pat. wurden geheilt. — Scharlach bestand 19 mal mit 2 Todesfällen an Diphtherie und Nephritis. Ohrencomplicationen kamen 2 mal vor, niemals Ohrkatarrh, einmal mit Otitis media und Trommelfellperforation. Nur 1 mal waren die Rachenorgane unbetheiligt, sonst bestand bei allen Kranken Diphtherie verschiedener Intensität. Die Epidemie des Jahres 1880 zeichnete sich durch häufige Complication mit Endocarditis aus; bei 5 Patienten einer Familie kam dieselbe 4 mal vor, jedesmal vorwiegend an der Mitralis mit Insufficienz im Gefolge; nur einmal waren Aorten- und Pulmonalklappen vorübergehend afficirt. Bei 2 Kindern entwickelte sich nachträglich Phthisis pulm. und 1 mal Nephritis; 1 mal bestand Complication mit acutem Gelenkrheumatismus. Die Behandlung bestand in Eiskrawatte, Schlucken von Eisstückchen, Kal. chloric. innerlich (5,0 : 150), als Gurgelwasser Liq. ferr. sesquichlor. (5 : 1000 mit etwas Spir. vini), Pinselungen mit Alkoh. abs. und mit T. Ratanhae. — Variolois kam 8 mal vor, sämmtliche Fälle ausser einem im Jahre 1877. In einem Fall, wo zugleich hereditäre Syphilis bestand, bildeten sich einzelne Pusteln zu Ekthyma oder Rupia aus, 6 Pat. waren mit Erfolg vaccinirt worden. 6 mal konnte ein Initialexanthem, 2 mal masern- und 4 mal scharlachartig constatirt werden, welches nach 12—24-stündigem Bestehen den Pusteln Platz machte. In 3 Fällen kamen Pusteln am Gaumen vor. Behandlung: Säuren, ev. Eisblase auf den Kopf. — Varicellen kamen 5 mal vor; alle Fälle waren vaccinirte, mässiges Fieber bestand überall, einmal stellte sich Recidiv ein, sonst überall normaler Verlauf. — Typhus abdominalis, wurde 29 mal mit 3 Todesfällen, einmal an Noma, einmal an Decubitus, einmal an Pneumonie beobachtet. 5 mal bestand statt der Diarrhoeen von Anfang an hartnäckige Obstipation (bedingt in einem Falle durch Kirschkerne?); in einem Falle bestand neben derselben 2 tägige Anurie, 7 mal begann die Erkrankung plötzlich mit Frost, 5 mal bestand heftiges Erbrechen. In 2 Fällen war der Stuhlgang stets normal, Meteorismus fehlte in 3, war hochgradig in 7, gering in 10 Fällen. Ileocoecalschmerz bestand 11 mal, Gurren nur 3 mal. Milztumor war nur in 11 Fällen hochgradig, in 18 Fällen mässig vorhanden. Roseola

fehlte vollständig 3 mal, statt derselben einmal Taches bleuâtr
mal Petechien; Roseola in 9 Fällen sehr zahlreich und verbre
15 Fällen nur spärlich. Abschuppung einmal, 3 mal Albuminurie
stasen 6 mal, Herpes in 2 Fällen. Laryngitis 1 mal, ebenso Otitis
und Decubitus: Fieberdauer 7 bis 46 Tage, durchschnittlich 1
Therapie: Am 1. Tage bei hohem Fieber nur kalte Umschläg
2. Tage an bei 39,5° kühle Bäder mit kalter Uebergiessung
(Medoc) reichlich. Die Nahrung bestand in Milch oder Caffé, B
Schleimsuppen; 2 Tage nach Entfieberung Eier, rohes Flei
Tokayer, später weiches Fleisch, nach 8 Tagen Brod; am 5. oder
Tage standen die Pat. auf. — Von den 20 Diphtheritisfäll
Jahr 1880 brachte wie bei Scharlach und Typhus die bösa
Fälle) war 5 mal nur der Rachen betroffen, in allen übrig
der Larynx mitergriffen. Diese 5 Fälle verliefen alle in kurz
günstig. In allen Fällen bestand intensive Lymphdrüsenschwell
Halse; in einem Falle trat der Tod durch Vaguslähmung ein (
Section war der eine Vagus durch Lymphdrüsen stark comp
In 2 Fällen bestand frische Endocarditis mitralis; einmal bes
der Cardia ein diphtheritisches Geschwür, acute, parenchymat
phritis 4 mal. Milztumor wurde 5 mal constatirt. Die laryngosk
Untersuchung gelang zweimal. Im Ganzen wurden geheilt 1(
tracheotomirt 8, wovon 6 starben; bei allen diesen wurde
sprochene Pneumonie constatirt. Von den tracheotomirten st
am Tage der Operation, 3 am ersten, 2 am zweiten Tage na
Operation; bei den beiden durch die Tracheotomie geheilten
die Canüle am 11. resp. am 14. Tage entfernt. Die Behandlu
folgende: Ueberall Eiskrawatte. Bei älteren Kindern Gurgelung
Liq. ferr. 5 : 1000, Spir. vin. 5—10; bei kleineren Pinselung
Alkohol absol. oder mit T. Ratanh. Alle Pat. bekamen innerli
chloric. 5—7 : 150; Intoxicationserscheinungen wurden niem
obachtet. Bei Mitaffection des Larynx wurden Inhalationen v
Calcar. gereicht, am Tage ½—1-stdl. Nachts 2-stdl. Ausserdem
durch Heisswasserdämpfe für die Feuchtigkeit der Luft gesor
sonders nach der Tracheotomie. Wein wurde reichlich gereich

Während der Choleraepidemie des Jahres 1873 wurden 1
mit 10 Todesfällen beobachtet. Es zeigte sich, dass die Dia
bei Kindern in ihrer Häufigkeit den bei Erwachsenen nicht gleichk
die reiswasserähnliche Beschaffenheit der Stühle fehlte bei j
Kindern öfters, bei denen im 1. Lebensjahre immer. Bei 3
wurde Aphonie beobachtet. Die Behandlung bestand in T. V
mit Laud. liq. oder Extr. Bellad. mit Laud. liquid.; daneben vi
(Tokayer), bei hohem Fieber kalte Einwicklungen und in 1 Fal
cutan ohne Erfolg. — Endlich wurden 2 Fälle von Meningitis c
spin. epidemica beobachtet, von denen 1 lethal verlief. I
ersten günstigen Falle trat im Verlaufe eine hartnäckige U
mit Nachschüben auf.

---

555. **Prof. Oppenheimer** (Heidelberg), **Untersuchungen und Beobachtungen zur Aetiologie der Rhachitis.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. 30. Band. 1. und 2. Heft.)

In einem längeren Aufsatze, welcher wegen der sehr ins Einzelne gehenden Beobachtungen und der zum Verständnisse absolut nothwendigen ziemlich reichlichen Casuistik zu einem kurzen Referate sich wenig eignet, führt Verf. seine Untersuchungen über die Aetiologie der Rhachitis aus, welche in dem Schlusssatze gipfeln, dieselbe sei eine Malariainfection und nur die Verschiedenheit der Knochenstruktur bei Kindern und Erwachsenen sowie die grosse Empfänglichkeit der Kinder gegen das Malariagift erkläre die äussere Verschiedenheit beider Affectionen.

Nach einer kurzen kritischen Besprechung der bis jetzt über die Aetiologie der Rhachitis existirenden Hypothesen und dem Nachweis ihrer Unzulänglichkeit giebt Verf. seine Beobachtungen, welche wesentlich klinische sind und davon ausgehen, dass man im Verlaufe der Krankheit zwei Perioden scharf unterscheiden müsse, eine prodromale und eine Periode der manifesten Knochendeformitäten. Was zunächst die charakteristischen Prodrome anbetrifft, so tritt meist schon sehr frühzeitig chronische Diarrhoe auf, welche sich aber von der gemeinen chronischen Enteritis durch gewisse Eigenthümlichkeiten unterscheidet. Sie führt nicht zum Schwunde des Fettpolsters, ist von einer excessiven Anämie wie bei Chlorose begleitet und hat einen exquisit intermittirenden Verlauf, während in den Intervallen keinerlei Störungen von Seiten des Darmes bestehen. Sie tritt meist Nachts auf, dauert 2—3 Stunden an; die während dieser Zeit entleerten 5—6 Stuhlgänge unterscheiden sich durch ihre Farblosigkeit von gewöhnlichen und enteritischen und besonders von den in den Intervallen entleerten, sie ist nicht von unzweckmässiger Nahrung abhängig und wird nicht durch das zweckmässigste Regime kurirt. Fast durchgängig besteht dabei Fieber mit nachfolgendem Schweisse, welches ebenfalls nur 2 Stunden dauert; immer ist Milzschwellung vorhanden und nur Chinin bringt sichere Heilung. — Ein anderes Prodromalsymptom sind die intermittirenden Schweisse, ein drittes allnächtliches Stunden langes Schreien der Kinder, welches als intermittirende Neuralgie gedeutet wird. Beide Erscheinungen sind mit Fieber und Milztumor verbunden, nur Chinin ist ein sicheres Specificum gegen dieselben.

Aber nicht nur bei diesen Prodromalerscheinungen, sondern auch in der Periode der manifesten Knochenaffection treffen wir Erscheinungen, wie wir sie sonst nur bei Malariaaffectionen zu sehen gewohnt sind. Als solche führt Verf. den Typus des Fiebers bei Rhachitis an, welcher ein deutlich intermittirender ist und sich in allabendlicher Hitze und Unruhe während der Nacht, mit Schweissausbruch am Morgen äussert; ferner den Milztumor, welcher im Stadium der fortschreitenden Entwicklung der Rhachitis constant bestehen und erst im Stadium der Rückbildung verschwinden soll. Ebenso sei der Marasmus der Rhachitischen vollständig ein Analogon der Malaria-Kachexie, und was endlich die rhachitische Knochenaffection betrifft, so habe auch diese scheinbare Ausnahme nach den neueren allerdings noch mangelhaften

Untersuchungen über bestimmte Knochenmarksveränderungen bei Malaria, welche pathologisch dieselben wie bei Rhachitis sind, eine Analogie gefunden.

Hierauf wird auf die geographische Verbreitung der Rhachitis eingegangen und ausgeführt, dass dieselbe im Allgemeinen mit der der Malariaaffectionen übereinstimmt, und dass die Ausnahmen von dieser Regel darin eine Erklärung finden, dass in manchen Gegenden der perniciösen Wechselfieber, welchen die Säuglinge schon beim ersten Anfalle unterliegen, es auf diese Weise gar nicht zur Entwicklung von Rhachitis kommt, an andern Orten wiederum das Malariagift in so schwacher Intensität und nur gelegentlich auftritt, dass nur Kinder wegen ihrer grossen Empfänglichkeit gegen dasselbe ergriffen werden und dann in der Form der Rhachitis und nicht der gemeinen Intermittens. Endlich sei auch in vielen Gegenden nach den vorliegenden Schilderungen der Autoren Rhachitis anzunehmen, wenngleich dieselbe auch nicht als solche beschrieben ist. Kohts (Strassburg).

---

556. **Ch. Féré, Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques.** (Progr. méd. 1881. Nr. 53.)

Bei zwei Hysterischen, welche im Zustande der künstlichen Katalepsie auf die von dem Experimentirenden wachgerufenen Ideen eingingen, konstatirte F., dass, wenn er dieselben z. B. einem in der Nähe auffliegenden Vogel mit dem Blicke folgen liess, ihre Pupillen sich bis (auf's Doppelte) erweiterten, und beim Herabfliegen des Vogels sich wieder verengerten. Das fiktive Objekt wurde also wirklich gesehen; es handelte sich um wirkliche Hallucinationen.

Es ist bekannt, dass zwar einzelne Personen in normalem Zustande (s. bei Leeser, Seitz-Zehender und Budge) durch bestimmte Vorstellungen die Weite der Pupillen willkürlich verändern können. Aber diese Fälle sind sehr selten. Bei den Hysterischen Féré's traf es nicht zu. F. sieht desshalb in dem vorstehenden Versuche ein Mittel, sich gegen Simulation, welche dem Studium der hypnotischen Erscheinungen so sehr hinderlich ist, zu schützen.

Redete F. den Versuchspersonen während des hypnotischen Schlafes oder während der Katalepsie die Idee eines Bildes auf dunkelem Grunde ein, so sahen dieselben, nachdem sie aufgeweckt worden, dasselbe ganz deutlich. Hielt er ihnen nun ein Prisma vor, so sahen sie das Bild doppelt. Das vorgestellte Objekt wurde auch hier, wie ein wirkliches Objekt, mit beiden Augen nach den gewöhnlichen physiologischen Gesetzen gesehen. Es können also die künstlich hervorgerufenen Hallucinationen Hypnotischer zum Studium der spontanen Hallucinationen dienen.

Jene beiden Thatsachen (Bewegungen der Pupillen und Verdoppelung des Bildes) stützen die sensorielle Theorie der Hallucinationen.

E. Bardenhewer.

---

557. Franz Müller, Zur Jackson'schen Epilepsie und Lokalisation des Armcentrums. (Wiener medic. Wochenschr. 1881. No. 43.)

In seinem über genanntes Thema auf dem internationalen medicinischen Kongresse zu London gehaltenen Vortrag kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Jackson'sche Epilepsie trägt den Namen „Epilepsie" mit Unrecht, es fehlen die tonischen Krämpfe und die Bewusstseinsstörung; der Anfall beginnt langsam anschwellend, breitet sich allmählich aus, bleibt dabei aber meistens unilateral, und wird ausschliesslich aus klonischen Zuckungen zusammengesetzt.

2. Sie deutet in ihrer ausgesprochenen Form mit Sicherheit auf eine Konvexläsion und lässt mit Zuhilfenahme der entweder gleichzeitig vorhandenen oder ihr erst folgenden Lähmungserscheinungen (namentlich der verschiedenen Monoplegien) nicht blos die Lokalisationsdiagnose, sondern auch die der Natur der Läsion stellen.

3. Ausserordentlich häufig und auffällig sind okulopupilläre, und zwar vorzüglich Lähmungssymptome, als Ptosis, Myosis paralytica, wobei keine reflektorische Pupillenstarre besteht, und Tieferliegen des Bulbus in der Augenhöhle. Vasomotorische Symptome sind nicht vorhanden.

4. Das Armcentrum liegt im mittleren Dritttheile der vorderen und hinteren Centralwindung.

5. Reizung dieser Region, resp. allmählich völlige Zerstörung durch Tumorenbildung erzeugt anfänglich Jackson'sche Epilepsie, die stets im Arm beginnt, und schliesslich komplete Paralyse der ganzen oberen Extremität.

Peretti (Andernach).

---

558. Dr. E. Finger (Wien), **Ueber nervöse Störungen in der Frühperiode der Syphilis.** (Wien. allg. med. Zeit. Jahrg. XXVI. No. 51.)

Nachdem von je her die Dermatologen sich bemüht hatten, einen Causalnexus zwischen Hautleiden und Erkrankungen des übrigen Organismus zu finden, gelang es den Untersuchungen der neueren Zeit, auch in jenen Theilen des centralen Nervensystems, der grauen Achse des Rückenmarks, welche als trophische Centren der Haut angesehen werden, anatomische Veränderungen aufzufinden, welche als Veranlasser pathologischer Veränderungen an der äusseren Haut angesehen wurden.

Der Verf. suchte nun nach klinischen Symptomen dieser supponirten Rückenmarks-Erkrankung und richtete sein Augenmerk zunächst auf etwa vorhandene Veränderungen in der Reflex-Leitung. Unter dem reichen Materiale der Prof. Neumann'schen Klinik für Syphilis, an der Verf. als Assistent fungirte, fand sich nun bei allen

50 Fällen von Syphilis im Stadium der Eruption und während des Ablaufs des ersten Exanthems (nur solche wurden darauf hin untersucht), dass „die Reflex-Erregbarkeit, sowohl der Haut- als Sehnen-Reflexe, etwas vor oder zur Zeit der Eruption manchmal sehr bedeutend gesteigert war, sich durch einige Zeit auf dieser Höhe erhielt, um meist nach vollendeter Eruption entweder wieder zur Norm zurück zu kehren, oder in den meisten Fällen gegen die Norm, oft bis zum gänzlichen Mangel des Reflexes abzusinken, dann aber allmählich im Verlaufe der nächsten Wochen zur Norm zu gelangen."

Schwankungen bestanden je nach der normalen Reflex-Erregbarkeit des Individuums und entsprechen in ihrer Intensität derjenigen des Auftretens der Syphilis. Nachschübe von Exanthem während des Ablaufs bereits vorhandener Efflorescenzen steigerten auch die Reflex-Erregbarkeit. Interessant war es, dass bei 2 Fällen von regionären Nachschüben z. B. rechtsseitiger Plantar-Psoriasis sich auch das Fuss- und Knie-Phaenomen rechts steigerte. Antisyphilitica alterirten den Verlauf der Reflex-Schwankungen nicht.

Auch in einigen Fällen recidivirender Syphiliden konnte Verf. ähnliche Schwankungen constatiren, diese Beobachtungen sind jedoch nicht weiter ausgedehnt worden.

Nun ist aber die Leitung in den peripheren Nerven durchaus nicht intact und Bender hat nachgewiesen, dass sowohl Temperatur- und Tast-Sinn, als auch die Schmerz-Empfindung in erkrankten Hautparthien wesentliche Alterationen aufweisen. Diese genügen, einen Theil der beschriebenen Reflex-Schwankungen zu erklären.

Man ist also, da sowohl centrale als periphere Nerven-Erkrankungen diese Reflex-Schwankungen erklären lassen, nicht berechtigt, die Rückenmarks-Affection auch als die Ursache der Haut-Erkrankungen hin zu stellen. Vielmehr ist sie wohl als gleichwerthig den übrigen, die Syphilis begleitenden hyperaemisch-entzündlichen Veränderungen des Periostes, des Neurilems, der Synovia, der Meningen und der Retina zu betrachten und als das Product der Einwirkung des im Organismus kreisenden syphilitischen virus, und somit als ein Theil einer Allgemein-Erkrankung, wie sie die Syphilis ist, anzusehen.

Bartold.

---

559. **Müller** und **Ebner, Ueber Nervendehnung bei peripheren und centralen Leiden, insbesondere bei Tabes dorsalis.** (Wiener Klinik. VII. Jahrgang. 7. Heft. Juli 1881. Wien bei Urban und Schwarzenberg.)

Einleitend betonen Verf., dass von allen Symptomen der Nervenkrankheiten besonders drei Symptome zur ärztlichen Hülfe auffordern: 1. Schmerzen, 2. klonische, tonische und atactische Bewegungsstörungen und 3. Lähmungen. Von der Legion der chemischen Mittel wussten nur wenige dauernde Beliebtheit zu erringen; mehr Vertrauen besitzen

zur Zeit die physicalischen, Electricität, Hydrotherapie und Massage. Auch diese versagen vielfach und oft gerade in den desolatesten Fällen. Man schritt daher besonders in solchen zur operativen Behandlung. Nachdem Marechal, der Leibarzt Ludwig XIV., zuerst eine Neurotomie gemacht und von viel andern geübt wurde, folgte die Neurectomie: doch auch diese war oft wegen der Regeneration der Nerven von nur vorübergehendem Erfolge; vielfach blieb auch der momentane aus, da bei der executorischen Projection der Schmerzen die erkrankte Stelle zu weit nach der Peripherie liegend angenommen und die Durchschneidung nicht centralwärts von ihr vorgenommen wurde. Bei centraler Auslösung des Schmerzes ist von vornherein kein Erfolg von Neurotomie zu erwarten. Noch besonders beschränkt wird das Gebiet dieser Operation dadurch, dass sie nicht an gemischten Nerven oder Nervenstämmen vorgenommen werden kann, doch kann sie in einzelnen seltenen Fällen von localisirten Krämpfen, z. B. Gesichtskrampf geübt werden. 1870 hatte v. Nussbaum bei einer Ellbogengelenkresection, bei welcher der n. ulnaris kräftig bei Seite gezogen worden war, gefunden, dass früher bestandene tonische Krämpfe ausblieben. Auch Billroth hatte Jahrs vorher einen Ischiadicus blossgelegt und hervorgezogen (dabei also gedehnt), um ihn zu untersuchen, da sich in seinem Bereiche nach einem Falle auf's Gesicht Zuckungen und später allgemeine epileptiforme Attacken zeigten. Obwohl sich keine sichtbare Veränderung zeigte und B. die Operation vergeblich gemacht wähnte, trat Heilung ein. Diese zwei Beobachtungen ermuthigten v. Nussbaum, Zerren und Dehnen der Nerven absichtlich zu versuchen. 1872 nahm er zum ersten Male behufs Beseitigung eines schmerzhaften tonischen Krampfes in der linken oberen Extremität und Brusthälfte die Operation vor und zwar mit directem und bleibendem Erfolg. Allmählich gewann die Methode Anhänger in allen Culturländern, so dass Verf. über 150 Fälle in der Litteratur verzeichnet fand. Hauptsächlich wurde sie angewandt gegen Neuralgien, traumatischen Tetanus, Reflexepilepsie und localen tonischen oder clonischen Krämpfen, also da, wo primär periphere Krankheitsursachen vorlagen; denn die Wirkung galt nach übereinstimmender Anschauung der Autoren hauptsächlich als eine periphere, die sich allerdings über weite Strecken ausdehne. Ihr Effect ist eine Herabsetzung der gesteigerten Erregbarkeit in den sensiblen und motorischen Bahnen, und der Erfolg soll auf einer mechanischen Lösung der Adhäsionen des Nervenstammes an das umgebende Gewebe, nach Vogt besonders auf einer Losschälung und Verschiebung der Nervenbündel von dem Neurilem und auf gleichzeitiger Dehnung und Lockerung der in der Nervenscheide zum Nerven verlaufenden Gefässe und hierdurch herbeigeführte bessere Ernährungsvorgänge im Nerven selbst beruhen; einen directen Einfluss auf das Centralorgan leugnet Vogt mit anderen. Bei primär centraler Auslösung des Leidens könnte nach Vogt's Theorie also kein Erfolg von der Operation erwartet werden. v. Nussbaum hatte jedoch schon 1876 bei einem exquisit primären Rückenmarksleiden überraschenden Erfolg zu verzeichnen (Lähmung und clonische Krämpfe in den untern Extremitäten, nach einem Sturz entstanden und seit elf Jahren bestehend; nach Dehnung beider Ichiadici und crurales wurden die Krämpfe beseitigt). Ferner beseitigte

derselbe Chirurg eine 20 Jahre lang bestehende Intercostalneuralgie aus centraler Ursache in gleicher Weise. 1879 nahm Langenbuch die erste Dehnung bei anscheinend diabetischen lanzinirenden Schmerzen mit Erfolg an den unteren Extremitäten vor; als später auch Dehnung des Plex. brachialis an demselben Individuum vorgenommen wurde, starb Patient dabei in einem epileptiformen Anfall. Die Autopsie ergab keine Anhaltspunkte für Tabes. Esmarch, Erlenmeyer und Socin nahmen ferner wegen mehr oder minder scharf diagnosticirter Tabes die „Dehnung" vor, bis im April 1881 Rzehaczek aus Müller's Ambulatorium einen exquisiten Tabetiker, dem sofort ein zweiter und dritter folgte, mit sehr günstigem Resultate der Operation unterwarf. Hinsichtlich der Details beider höchst interessanten auch die Technik der Behandlung mittheilenden Krankengeschichten ist auf das Original zu verweisen, in welchem Verf. jedoch die Ansicht ausspricht, dass „die Nervendehnung nur ein symptomatisches, allerdings in den meisten Fällen sicher und prompt wirkendes und von keinem anderen bis heute übertroffenes Mittel gegen tabische Einzelerscheinungen sei." — Verf. schliesst aus seinen therapeutischen Erfahrungen, sowie aus Experimenten (— besonders sind die von Brown-Séquard, Debove, Laborde, Scheving und Quinquaud angeführt —), dass die Nervendehnung nicht nur peripher, sondern auch central wirke, jedoch nur bis in das Rückenmark. Zur Erklärung fügt er der Vogt'schen Theorie noch bei, dass die dynamische Wirkung das Wichtigste sei, d. h. eine moleculare Veränderung im Nerven und vor Allem im reinen Centrum vorliege. — Um eine Theorie der Indicationen zu construiren, zeichnet Verf. ein Schema der sensiblen und motorischen Bahnen und kommt dabei zu dem Satze, „dass der Erfolg der Dehnung, ganz abgesehen von der Natur der Läsion, hauptsächlich davon abhängen werde, in welcher Höhe die reizende Läsion gelegen ist, d. h. ob sie für die durch den mechanischen Reiz ausgelösten Erregungswellen noch wirksam erreichbar ist oder nicht." Periphere Neuralgien mögen die günstigsten Chancen bieten; aber auch dann ist noch auf Erfolg zu rechnen, wenn die Läsion im Rückenmarke oder Bulbus gelegen, wenn es sich um Tabes, chronische Myelitis und andere sclerotische Processe handelt. Keinen Erfolg vermuthen die Autoren, wenn die Läsion im Hirn gelegen oder wenn Pseudoneuralgien in Folge von florider Wirbelcaries vorliegen. Ferner ist Erfolg zu vermuthen bei motorischen Reizungserscheinungen (clonischen, tonischen oder gemischten Zuckungen und Contracturen), wenn die Läsion zwischen dem Muskel und der vorderen motorischen Wurzel oder central im Rückenmark in der Nähe des „grossen Reflexbogens liegt (z. B. bei disseminirter Rückenmarksselerose, bei der so häufigen chronischen Myelitis des unteren Dorsalmarkes und bei primär chronischer Transversalmyelitis, in Fällen, die alle das Bild der sogenannten spastischen Spinalparalyse bieten). Ebenso kann die Nervendehnung versucht werden zur Beseitigung der sogenannten späten Contracturen bei Hemiplegie aus cerebraler Ursache (Hämorrhagie, Embolie etc.), „da eine absteigende Degeneration der motorischen, d. h. der Pyramidenseitenstrangbahnen folgt, welche durch die Operation beeinflussbar.

Auch die nicht cerebrale Ataxie kann durch Nervendehnung, wenn nicht beseitigt, so doch gebessert werden.

Contraindicirt ist die Operation bei primär und exclusiv cerebraler Auslösung motorischer Reizsymptome (bei Hirntumoren, Aneurysmen, chronischen Encephalitiden, Paralysis agitans der Irren, Cysticercus).

Eine Vitalindication giebt der Tetanus traumaticus ab. Dabei werde die Operation möglichst frühzeitig gemacht, und zwar bei den ersten Reizerscheinungen.

Schliesslich wird die Nervendehnung auch in den Fällen mit Aussicht auf Erfolg gemacht werden können, wo es in Folge gewisser Reizzustände in gemischten Nerven zu peripheren Trophoneurosen gekommen ist.

Motorische Lähmungen werden sich jedoch nur höchst selten für diese Behandlung eignen, vielleicht bei primär peripherer Ursache. Hinsichtlich der Wahl der Operationsstelle verweist Müller auf Vogt's Monographie. Als Regel stellt er jedoch auf, namentlich bei spinalem Sitze des Leidens, möglichst centralwärts zu dehnen.

Ueber die Grösse der aufzuwendenden Kraft lässt sich keine genauere Angabe machen, was freilich von den meisten, die sich zu unterrichten streben, sehr vermisst werden wird.

Seinen eignen Standpunct gegenüber der Frage der Nervendehnung bei centralen Leiden, besonders Tabes, legt Verf. in der Weise, durch Beispiele erläutert, dar, dass er die Operation anwenden will, wenn die bekannten physicalischen und chemischen (medicamentösen) Mittel im Stiche lassen. Eine Restitution von durch Atrophie verloren gegangener Nervensubstanz erwartet Müller nicht von der Operation, doch ist dies zur Beseitigung der Schmerzen, welche doch meist die Indication zur Vornahme der Dehnung geben, gar nicht nöthig; zerstörte und geschwundene Fasern schmerzen gewiss nicht mehr. In zweiter Linie dürfte in gewissen Fällen die Ataxie die Operation erheischen. Müller hebt dabei hervor, dass es ihm scheine, als ob zu ihrer wirksamen Beeinflussung an den unteren Extremitäten mit mehr Vortheil die Dehnung des n. crurales, als die der Ischiadici vorzunehmen sei.

von Mosengeil.

---

560. **Prof. S. Rosenstein** (Leiden). **Ein Fall von Incision des Pericardium.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 5.)

Ein 10jähr. Knabe wurde am 16. Januar 1879 in die Klinik aufgenommen. Der Vater gesund, die Mutter an Phthise gestorben. Vor 14 Tagen Beginn der Krankheit mit gastrischen Erscheinungen und Husten. Körperbau dem Alter entsprechend, Gesicht auffallend blass. Temp. 37,6, Puls klein, sehr weich, regelmässig 108, Resp. 40, costoabdominal, linke Brusthälfte stark hervortretend, Herzstoss nicht fühlbar, Herztöne nicht hörbar; Dämpfung links vom 1. Intercostal-

raum beginnend, nach links bis zur Axillarlinie, nach rechts zur Mamillarlinie sich ausbreitend, bildet eine Dreiecksform mit der Spitze nach oben. Harn bloss 1100 ccm, 1007 spec. Gewicht ohne Eiweiss; andere Organe normal.

Eine Probepunction des Pericardiums mit der Pravaz'schen Spritze ergiebt Eiter. Da die Athmung auf 52, der Puls auf 140 stieg, klein und intermittirend wurde, war die Entleerung geboten. Im 4. Intercostalraum, nahe am Sternum wurde punctirt und mit Potain's Apparat 620 ccm Eiter entleert, — darauf Resp. 28, P. 92. — Unter mässig starkem Fieber mit intermittirendem Typus (37.6 M. — 39.4 A.) nahm sowohl das pericardiale Exsudat wieder zu, als auch bildete sich eine linksseitige Pleuritis, in derem serösem Exsudat 1100 ccm mit Potain entleert wurden, während aus dem Pericardium nur 120 ccm Eiter gewonnen werden konnten. Puls klein, 120, unregelmässig, abwechselnd exquisit paradox. Resp. 44, Orthopnoe, Lippen cyanotisch, an den Füssen und Scrotum Oedem. Harn 250—300 ccm. Da am folgenden Tage der Puls kaum fühlbar geworden, wird die Incision des Pericardium unter strenger Antisepsis im 4. Intercostalraum nahe am linken Sternalrand gemacht. Es entleert sich eine grosse Menge Eiter, 2 Drains werden in die Wunde gelegt und Lister'scher Verband darüber.

„Der Effect auf das subjective Befinden des Pat. war zauberhaft.“ Das Fieber fiel, der Harn vermehrte sich sogleich, der Puls wurde regelmässig, die Oedeme schwanden. Die Herztöne deutlich von Reiben begleitet; 14 Tage nach der Incision wurden die Drains entfernt, 6 Tage darnach war die Pericardialwunde geschlossen. Die Dämpfung nach links noch nicht geändert, nach rechts tympanitischer Schall. Nun steigert sich mit abermaligem Fieber das linksseitige Pleuraexsudat; eine Punction entleert 1000 ccm Eiter mit wenig Erleichterung; am folgenden Tage durch Schnitt nach 1500 ccm entleert, Temp. 36,2. Seitdem blieb das Fieber aus.

Am 12. April: normale Farbe der Haut und Schleimhäute; Puls regelmässig gut entwickelt, 88; Resp. 20. An der Vorderfläche des Thorax ein ausgebreitetes Venennetz sichtbar; die linke Seite etwas eingesunken. Spitzenstoss sichtbar und fühlbar zwischen Mammillar- und Parasternallinie. Herzmattigkeit beginnt links am untern Ende der 3. Rippe, reicht bis zum linken Sternalrand und dicht an die Mammillarlinie; Herztöne rein. Hinten links heller Schall bis 10. Brustwirbel. Geheilt entlassen.

R.

---

561. **H. Senator, Die Albuminurie im gesunden und kranken Zustande.** Mit 1 Tafel. (Berlin 1882, Aug. Hirschwald.)

Das erste der, in sechs Capitel eingetheilten, Monographie beschäftigt sich mit der Frage über die verschiedenen Arten der Eiweissausscheidung. — Wohl alle Lehren von der Albuminurie nehmen als alleinige Quelle des Harneiweisses das Blut und zwar fast ausschliess-

lich das Blut der Gefässknäuel an. Verf. hat schon in früheren Arbeiten darauf hingewiesen und betont jetzt abermals, dass kein Grund vorhanden ist, das Blut des interstitiellen Gefässsystems, die Lymphe und die verschiedenen Epithelien der Niere von der Betheiligung bei der Albuminurie auszuschliessen. — Die Eiweissart, die wir im Urin gewöhnlich finden, ist nicht lediglich das Serumalbumin, auch der zweite im Blut in Lösung befindliche Eiweisskörper, das Globulin, erscheint immer, bisweilen sogar ganz allein im Urin, ferner, aber freilich selten das Pepton und das Propepton oder die Hemialbuminose. Letzteres, bis jetzt öfters bei Osteomalacie gefunden, scheint nach Erfahrungen S. nicht gar so selten vorzukommen. Der Grund für den seltenen Fund dieser Eiweisskörper scheint in der mangelhaften Eiweissreaction zu liegen (Kochen und Zusatz von Acid. nitr.), die gewöhnlich in der Harnprobe angestellt wird. Im zweiten Capitel wird sehr eingehend die Frage nach dem Eiweissgehalt des normalen Harns abgehandelt. Verf. beantwortet sie bejahend. Die von Wittich insbesondere vertheidigte Annahme wurde bekanntlich von den neueren Untersuchern fallen gelassen; in neuester Zeit wurde in dem Epithelbelag der Knäuelgefässe das Hinderniss für den Eiweissdurchtritt angenommen. S. kann dies nicht billigen; mag auch der eigenthümliche Epithelbelag dem Eiweissdurchtritt ein starkes Hinderniss entgegenstellen, ganz aufheben kann er nach Analogie mit allen andern Transsudaten den Durchtritt nicht. Dass der Urin wirklich ein Transsudat sei und nicht ein Secretionsproduct im Heidenhain'schen Sinne (nach H. sollen die Zellen der Knäuelgefässe Wasser und Salze secerniren und den Durchtritt des Eiweiss verhindern), beweist Senator aus mehreren pathologischen Beobachtungen (cf. Bartels und Original). Dagegen erkennt Verf. die Annahme Heidenhains an, dass die Epithelzellen der Harnkanälchen gewisse specifische Harnbestandtheile secerniren, möchte aber als Erweiterung der bisherigen Annahme noch hinzufügen, dass, wie Nussbaum nachgewiesen, auch von den Epithelien der Harnkanälchen Wasser secernirt werde. Wenn nun in der That der Urin ein Transsudat darstellt, warum macht er in Betreff des Albumingehalts eine Ausnahme? (Denn in Wirklichkeit ist ja doch der letztere nur selten nachgewiesen.) Da in den Knäuelgefässen der Seitendruck stärker ist, als in irgend einem Capillarsystem des Körpers, wird bei höherem Druck zwar absolut mehr Eiweiss durchfiltriren, aber dafür auch bedeutend mehr Wasser, so dass doch das Transsudat nur einen unendlich geringen Eiweissgehalt haben muss. — Im dritten Capitel wird die Abhängigkeit der Albuminurie von Veränderungen des Blutdrucks discutirt. Was zunächst die experimentell hervorgerufene arterielle Drucksteigerung betrifft, so sind die Versuchsanordnungen z. Th. nicht einwandsfrei (Reizung des Halsmarks, Unterbindung der Aorta, Durchschneidung der Nierennerven) und die Resultate der verschiedenen Experimentatoren sehr verschieden; z. Th. genügen unsere Kenntnisse nicht, um in dieser Frage entschieden Stellung nehmen zu können, es bezieht sich dies auf die arterielle Drucksteigerung bei Erhöhung der Körpertemperatur, hier könnte das Auftreten des Eiweisses schon durch die Steigerung der Temperatur an sich erklärt werden. — Den andern Versuchsanordnungen: 1) Gänzliche Aufhebung des Venenabflusses,

2) Absperrung oder Beschränkung des arteriellen Zuflusses, 3) Ureterenunterbindung, macht S. den Vorwurf, dass alle Experimentatoren den pathologischen Zustand zu lange Zeit hätten andauern lassen; hierdurch wäre es bei den verschiedenen Versuchsanordnungen zu ziemlich ähnlichen Resultaten gekommen, während es doch wichtiger sei, gerade den Beginn der Erscheinungen zu erforschen. S., der gerade diesen Punct berücksichtigte, kommt bei der ersten Versuchsart zu dem Resultat, dass die abnorme Eiweissausscheidung zuerst in den Harnkanälchen stattfindet, und erst später in den Kapseln sichtbar wird. Im vollständigen Gegensatz hierzu fand sich bei der zweiten Versuchsanordnung die erste Eiweissausscheidung in den Kapseln und erst später in den Harnkanälchen. Die dritte Versuchsreihe ergab zunächst (bei 10 bis 15 Minuten langer Dauer) nur eine starke Ausdehnung der Harnkanälchen und hochgradiges interstitielles Oedem im Nierenmark, erst nach längerer Zeit fand sich Eiweissausscheidung in den Kapseln und in den Harnkanälchen. — Im 4. Capitel (Abhängigkeit der Albuminurie von Entartung der Nierenepithelien) wird der Beweis zu bringen gesucht, dass die früher acceptirte Annahme einer starken Betheiligung der Epithelien der Harncanälchen bei der Albuminurie die richtige sei. Die neuere gegentheilige Auffassung wurde dadurch hervorgerufen, dass bei Entartung der Epithelien, wie sie bei Phosphorvergiftung, acuten Anämien und Infectionskrankheiten gefunden werde, Albuminurie fehle. S. sucht nachzuweisen, dass diese Auffassung irrig sei; eigene Experimente zeigten, dass Phosphorvergiftung immer Albuminurie hervorrufe, es entspräche dieser Befund auch den klinischen Thatsachen. Auch bei reinen desquamativen Processen in der Niere rühre der Eiweissgehalt von dem sich lösenden zerfallenen Protoplasma her. Da übrigens in den Epithelien auch andere Eiweisskörper vorkämen, brauchte man bei Constatirung der nicht im Blut sich normal vorfindenden Albuminate nicht immer auf eine abnorme Blutbeschaffenheit schliessen. — Der Einfluss der letztern auf die Albuminurie bildet den Inhalt des 5. Capitels. Man muss an eine derartige Möglichkeit besonders in den Fällen denken, in denen Albuminurie ohne Nierenleiden beobachtet wird. Nach den Untersuchungen von Hoppe-Seiler filtrirt Eiweiss besser durch thierische Membranen, wenn die Lösung reicher an Salzen ist, vielleicht lässt sich ein derartiger Grund für die physiologisch beobachtete Albuminurie (Verdauungs-Albuminurie) heranziehen. — Bekannt ist, dass das Hühnereiweiss leicht in den Harn übergeht, für andere Eiweissarten ist jedoch noch nichts Genaueres in dieser Beziehung bekannt. — Endlich führt S. noch die Albuminurie an, die bei Temperaturerhöhung beobachtet wird. — Im letzten Capitel werden einige besondere Formen krankhafter Albuminurie (febrile Albuminurie, Albuminurie bei Cholera, Albuminurie bei eigentlichen Nierenkrankheiten) nach den in den ersten Capiteln aufgestellten Gesichtspunkten beleuchtet. — Die beigefügte Tafel enthält je einen Schnitt durch Nieren, bei denen eine Vene und ein Ureter unterbunden ist.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

562. **L. Martineau, Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la Syphilis.** Subcutane Injectionen von ammoniakalischem Quecksilber-Pepton bei der Behandlung der Syphilis. (L'Union méd. Nr. 145, 146, 147, 150, 153, 154, 157, 164 und 171.)

M. hat diese Injectionen bei 172 Kranken im Ganzen 3838 mal gemacht. Die Tagesdosis schwankte zwischen 2 und 10 mgr Quecksilber. Die Formel für die zur Injection benutzte Lösung ist

Pepton. pulv. 9,0
Ammon. chlor. 9,0
Hydr. bichlor. corros. 6,0
solve in
Glycerin. pur. 72,0
Aq. destill. 24,0
Filtra.

Versetzt man 5 gr dieser Mischung mit 25 gr Aq. destill., so erhält man eine Lösung, die in 1,20 gr = dem Inhalt einer Pravatz'schen Spritze 10 mgr Hydr. bichlor. corros. enthält. Diese Lösung ist sehr beständig; es scheidet sich weder freies Sublimat noch Calomel aus. Bei längerem Aufbewahren bildet sich eine, durch Schütteln wieder verschwindende Trübung, welche aber nicht die Folge einer Zersetzung ist und die Anwendbarkeit und Wirksamkeit des Präparats in keiner Weise alterirt. M. gibt eine ganze Reihe von Krankengeschichten, aus welchen er folgendes Resumé zieht:

1. Die ammoniakalische Quecksilberpeptonlösung erzeugt, in das Unterhautzellgewebe injicirt, weder locale Entzündung noch Schmerz. Treten diese Uebelstände doch ein, so liegt die Schuld entweder an einer excessiven Reizbarkeit der betreffenden Kranken, an einer stumpfen Nadel oder daran, dass die Injection in das Cutisgewebe selbst gemacht wurde.

2. Salivation wird selbst bei fortgesetzter Anwendung einer Tagesdosis von 10 mgr nicht beobachtet, falls nicht schon vor der Anwendung katarrhalische Erkrankung der Mundschleimhaut oder des Zahnfleisches bestand.

3. Die Injectionen verursachen niemals gastro-intestinale Störungen, und verbieten nicht die gleichzeitige Anwendung anderer Medicamente zur Bekämpfung etwaiger die Syphilis complicirender Erkrankungen.

4. An Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung übertrifft diese Methode der Syphilisbehandlung alle andern, wie sie auch in jedem Falle ertragen wird. M. erwähnt den Fall einer Schwangeren, die durch die Injectionen von ihrer Lues geheilt, ein ausgetragenes gesundes Kind gebar, welches nach Monaten keine Symptome hereditärer Syphilis zeigte. Die Injectionen sind in jeder Form der Syphilis wirksam.

5. Dass das subcutan injicirte Quecksilberpepton resorbirt wird, beweist das Auftreten von Quecksilber im Harn.

Zur Anwendung per os bediente sich M. folgender Lösung:

Pepton. mercur. ammon. 1,0 (entspr. 0,25 gr Quecksilber)
Aq. dest. 200,0
Glycerin 50,0.

Ein Theelöffel dieser Lösung enthält 0,005 Hydr. bichlor. corros.; die Tagesdosis betrug 1—2 Theelöffel voll. M. rühmt den angenehmen, nicht metallischen Geschmack dieser Lösung und das Ausbleiben von Salivation und gastro-intestinalen Störungen. Die Resorption wird durch das Auftreten von Quecksilber im Harn bewiesen. Die Wirksamkeit ist dieselbe wie die der übrigen per os gereichten Quecksilberpräparate und steht hinter der Injectionsmethode bedeutend zurück.

Brockhaus (Godesberg).

Neue Bücher.

Bell, Diphtheria: Its cause, cure and how to arrest it. London, Churchill, 1 sh.

Charon, Contribution à la pathologie de l'enfance. 2me ed. revue et augmentée avec gravures dans le texte et planches noires et en couleurs, hors texte. Bruxelles. 6 fr.

Coomes, Naso-Pharyngeal-Catarrh. Louisville. 10 sh.

Dekeersmaecker, Le Daltonisme et les altérations du sens visuel en general chez les agents de l'administration des chemins de fer. 2 fr.

Edwards, Malaria: what it means and how avoided. 4 M.

Felix, De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pur et de son emploi dans le traitement curatif de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phtisie pulmonaires. Bruxelles. 4 fr.

Lalieu, Manuel d'oxalimétrie ou méthode de titrages fondée sur l'emploi combiné de l'acide oxalique et du permanganate de potasse, applicable à l'essai de substances médicamenteuses, alimentaires etc. Bruxelles. 3 fr.

Pramberger, Ueber fibrinöse Bronchitis. Graz, Leuschner & Lubensky. 1 M. 60 Pf.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 26. Januar. Nro. 42.

563. **Cornil, Note sur le siège des bactéries dans la lèpre et sur les lésions dans cette maladie.** Bemerkung über den Sitz der Bakterien bei Lepra und die Organveränderungen in dieser Krankheit. (L'Union méd. Nr. 178 und 179.)

C. untersuchte Hautknoten, Lymphdrüsen, Cornea, Larynx, Leber, Hoden und N. ulnaris eines an Lepra Verstorbenen. Er fand die Gestalt und Grösse der Bakterien verschieden je nach der Struktur der Organe, in welchen sie vorkamen. In den Hautknoten waren sie sehr klein, so dass sie erst nach sorgfältiger Färbung bei einer 5—800-fachen Vergrösserung gut erkennbar waren. Sie erfüllten in Bündel- und Büschelform in ungeheurer Anzahl die von Virchow beschriebenen grossen Zellen. In den Capillaren war das Lumen an verschiedenen Stellen durch Haufen von Sporen völlig verstopft; die grösseren Gefässe zeigten sclerotische Verdickung der Wandungen, zwischen den einzelnen Lamellen beträchtliche Mengen von Stäbchen. In den Hodenkanälchen erreichten die Bacillen eine Länge von 10—15 μ und eine

Dicke von $^1/_2$—1 μ, hatten geradlinige oder mässig gekrümmte Gestalt und zeigten im Innern das Licht stark brechende Vacuolen, welche sich mit Anilinviolett theils intensiver, theils weniger stark färbten, als die übrige Substanz des Stäbchens. Hier und da waren an beiden Enden der Stäbchen runde oder eiförmige Sporen zu bemerken. Zwischen den Zügen des fibrösen Gewebes bildeten die Bakterien kettenförmige Reihen, deren einzelne Glieder durch ungefärbte Zwischensubstanz getrennt waren; diese Reihen erreichten eine Länge von 40—120 μ. In dem Zellenprotoplasma fanden sich freie Sporen. Die geringe Grösse der Bakterien in den Hautknoten erklärt Verf. durch die Festigkeit dieser Letzteren, welche dem Wachsthum der Stäbchen hinderlich ist. Er bespricht sodann die Details der durch die Bakterien in den einzelnen Organen hervorgerufenen Structurveränderungen, bezüglich derer auf das Original verwiesen werden muss, und kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die leprösen Knötchen und die lepröse Infiltration charakterisiren sich durch eine kolossale Menge grosser Zellen, welche das erkrankte Gewebe durchdringen und mit feinen Bakterien vollgepfropft sind. Wenn die lepröse Infiltration ein weiches Organ, wie die Leber, oder ein Organ, welches, wie der Hoden, natürliche Höhlungen besitzt, ergreift, so werden die Bakterien viel umfangreicher. In diesen infiltrirten, fast mortificirten Geweben, welche, wenn sie der äusseren Haut oder einer Schleimhaut angehören, ulceriren, ist die Blutcirculation wenig activ oder gleich Null und die Capillaren sind vollgestopft mit einem Infarct aus Bakterien.

2. In den meisten fibrösen Geweben finden sich die Bakterien in Form langer Fäden in den Interstitien der Bindegewebsbündel; die fixen Bindegewebskörperchen sind normal oder wenig verändert. Im Ganzen zeigt das Bindegewebe sclerotische Verdickung.

Brockhaus (Godesberg).

---

564. **Felix Hoppe-Seyler, Ueber die Einwirkung des Sauerstoffs auf Gährungen.** Festschrift zur Feier des 25 jährig. Bestehens des pathol. Inst. zu Berlin. Rud. Virchow überreicht. (Strassburg 1881. 32 S.)

Bei gährenden Flüssigkeiten ist, auch wenn sie in offenen Gefässen an der Luft stehen, die Einwirkung des atmosphärischen Sauerstoffs auf die tieferen Schichten ausgeschlossen. Wo nicht die bei dem Processe sich entwickelnden Gase den Zutritt des Sauerstoffes hemmen, da ist doch der Verbrauch desselben rascher, als die Diffusion des Gases von der Oberfläche. Sehr schön lässt sich dies, wie Hoppe früher gezeigt hat, an einer faulenden Blutlösung, welche in einem offenen Glascylinder an der Luft steht, spectroscopisch nachweisen. Nur die obersten wenigen Millimeter zeigen die Absorptionsstreifen des Oxyhämoglobins, die tieferen Schichten die des sauerstofffreien Hämo-

globins. Die Grenze, bis zu welcher der atmosphärische Sauerstoff das Blut arteriell färbt, rückt abwärts, wenn der Sauerstoffdruck in der Luft steigt; oder wenn man den Fäulnissprocess durch Abkühlen der Flüssigkeit verlangsamt; sie nähert sich der Oberfläche unter den entgegengesetzten Bedingungen.

Das nächstliegende Verfahren, die Einwirkung überschüssigen Sauerstoffs zu ermitteln, Durchleiten eines Luftstromes durch die gährende Flüssigkeit, ist wegen des starken Schäumens unbrauchbar. Hoppe-Seyler brachte deshalb die Gährungsgemische in geräumige horizontal liegende Flaschen, welche um ihre Längsaxe durch einen Motor beständig hin und her gedreht wurden, so dass die Flüssigkeit stets an der Wand in dünner Schicht herabfloss und ausgiebig mit der genügend erneuten Luft, welche den grössten Theil der Flasche erfüllte, in Berührung kam. Controlversuche zeigten, dass diese Art der Bewegung das Leben der Microorganismen durchaus nicht schädigte, wie dies, nach Horvath, stärkere Erschütterungen thun. — Der Zutritt des Sauerstoffs begünstigte die Entwicklung von Micrococcen und Bacterien, während er die Hefezellen zwar nicht tödtete, aber ihre specifische Function, die Umwandlung des Zuckers in Alcohol und Kohlensäure fast vollständig hemmte.

Die Fäulniss von Eiweisslösungen schreitet, wenn die Lösung fortwährend sauerstoffhaltig bleibt, sehr viel rascher vor, als unter gewöhnlichen Verhältnissen. Die sonst beobachteten Reductionsproducte, Wasserstoff, Schwefelwasserstoff, Indol, Hydroparacumarsäure treten nicht auf, oder werden, wenn sie vorher bei Sauerstoffmangel gebildet waren, noch nachträglich zerstört. Die einzigen Producte der, nach dem Vorgange Liebig's als Verwesung bezeichneten, Fäulniss bei hinreichender Sauerstoffzufuhr sind Kohlensäure und Ammoniak. Es sind die eben genannten Reductionsproducte, welche gleich bei ihrer Entstehung sich mit dem vorhandenen Sauerstoff verbinden, dessen Molecül spalten, und so activen Sauerstoff bilden, dessen energische Wirkung die rasch vorschreitende Oxydation in der Flüssigkeit genügend erklärt. Die sehr interessanten Betrachtungen über die bei Gegenwart oder Mangel von Sauerstoff verschiedene Rolle, welche die Microorganismen in den geologischen Umwandlungen der Erdoberfläche spielen, müssen hier unerwähnt bleiben. Im feuchten Erdboden wechselt, wie in Flüssigkeiten, die Tiefe, bis zu welcher der Sauerstoff vordringt, namentlich je nach der Intensität der Oxydation in den obersten Schichten. — Für den Hygieniker wird Beachtung der Verschiedenheit der oberhalb und unterhalb der wechselnden Sauerstoffgrenze in Boden und Grundwasser ablaufenden Processe empfohlen. Hoppe bezeichnet es als wahrscheinlich, dass die epidemische Verbreitung von Abdominaltyphus, Cholera, Intermittens in naher Beziehung stehe zu den Vorgängen unter der Sauerstoffgrenze, während andere Infectionskeime, wie die des Milzbrandes, dort ihren Untergang zu finden scheinen.

N. Zuntz (Berlin).

---

565. **Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin.** Sitzung am 28. Nov. 1881. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 1. 1. Jan. 1882. pag. 10.)

Die Frage ist vorgelegt: In wie weit ist Syphilis Ursache der Tabes und was erreicht man mit einer antisyphilitischen Behandlung dieser Krankheit?

Leyden spricht sich entschieden gegen einen Zusammenhang von Tabes und Syphilis aus. Besonders seit der Arbeit von Dr. Knorne in Hamburg 1847 wurde das Vorkommen syphilitischer Erkrankungen im Gehirn und Rückenmark anerkannt und so bei Nervenkranken, deren Anamnese etc. Syphilis einigermassen wahrscheinlich machte, antisyphilitische Kuren angewandt. In späteren Jahren kam man davon ab und erst seit der Publication von Erb 1879 hat man wieder diese Behandlungsweise acceptirt. In Frankreich, England und Amerika hat diese Lehre viele Anhänger mit bekannten Namen gefunden, in Deutschland hat sich unter anderen Leyden und Westphal schon früher gegen die Lehre, Erb dafür ausgesprochen. Nach der Statistik von Erb haben 88 Proc. Tabische vorher Syphilis gehabt. L. glaubt, dass die Statistik allein keinen ätiologischen Beweis liefern könne, denn die nachträgliche Erhebung auf Syphilis habe viele Fehlerquellen, Erb sei Anhänger der unitarischen Auffassung und eine Hypothese dürfte einer Statistik nicht zu Grunde gelegt werden. Ausserdem habe Westphal kleinere Zahlen gefunden.

Von grösserer Wichtigkeit ist die Erfolglosigkeit einer antisyphilitischen Behandlung bei Tabes und der Erfolg der antisyphilitischen Kuren gehöre zur Diagnose syphilitischer Affektionen. Die gerühmten Erfolge sind Schwankungen, die die Tabes auch bei anderen Kuren zeigt. In vielen Fällen schadet selbst eine antisyphilitische Behandlung.

Schliesslich ist der pathologisch-anatomische Process der Tabes verschieden von dem der Syphilis. Syphilis führe nicht diffuse Veränderungen in der Substanz des Nervensystems herbei. Die Anatomie der Rückenmarkssyphilis müsse man theilweise aus der bekannteren des Gehirns folgern und da seien zu verzeichnen circumscripte gummöse Meningitis, das Syphilom und Erweichungen durch Arterienerkrankungen. Die syphilitische Natur der Sklerose sei zweifelhaft, und diese ebenfalls circumscript.

Ferner weisen die Symptome von Rückenmarkssyphilis auf eine circumscripte myelitische oder myelo-meningitische Affektion hin; es sind Parese und Rigidität hauptsächlich der unteren Extremitäten. Durch Erweichungsheerde im Pons und Med. oblongata tritt subacute oder apoplectiforme Bulbärparalyse auf.

Bernhardt fasst den Zusammenhang so auf, dass ein mit Syphilis durchseuchter Körper den erfahrungsgemäss zu Tabes führenden Schädlichkeiten weniger Widerstand leiste. Nach seinen Beobachtungen berechnen sich bei Männern 40—60 Proc., bei Weibern 21 Proc. Doch in einzelnen Fällen nur Gonorrhoe angegeben. Gewöhnlich war die syphilitische Infection circa 20 Jahre vor der Tabes vorhanden und in der Zwischenzeit hatten sich die Pat. den verschiedensten Schädlichkeiten ausgesetzt.

Litten sah bei Sectionen von Gehirn-Syphilis Erweichungen und zwar meistens in Folge von Verschluss grösserer Arterien durch endotheliale Wucherung und secundäre Veränderungen; Redner erwähnt eine Reihe von Fällen, in denen bei jugendlichen Individuen Apoplexie eintrat und das gesammte Krankheitsbild den Eindruck einer Embolie machte ohne entsprechende Veränderungen am Herzen und den peripheren Gefässen. In diesen Fällen wurde vorherige Syphilis nachgewiesen und die Lähmung ging bei frühzeitiger antisyphilitischer Behandlung bald zurück. Gegen die Annahme, dass diese arteriellen Verschlüsse durch Collateralkreislauf ausgeglichen würden, spricht der anatomische Verlauf der Gefässe. Die Endothelen sind vielmehr in diesen Fällen keulenförmig angeschwollen, bedingen so den Verschluss des Gefässes und durch die antisyphilitische Kur geht diese endotheliale Wucherung schnell zurück.

Köbner giebt zu, bei Syphilitikern mit tertiären Symptomen oder bei denen erst vor 2—5 Jahren die Infection stattgefunden hatte, Symptome gesehen zu haben, die der Tabes ähnlich waren. Doch soll man bei längerer Beobachtung sich überzeugen, es nicht mit Systemerkrankungen, sondern mit anderen spinalen Affektionen zu thun zu haben. Bei solchen Fällen, die bei ziemlich plötzlich gestörter Motilität den Eindruck von Ataktischen machten, hat K. antiseptische Kuren angewandt und entschiedene Besserungen erzielt. Er warnt jedoch vor „post hoc, ergo propter hoc". Bei einem Fall trat Tabes 12 Jahre nach constit. Syphilis auf. In solchen Fällen räth K. zum Jodkalium. In Beziehung auf die Erb'sche Statistik macht er den Unterschied von Stadt und Land geltend; im letzteren Fall sei der Procentgehalt geringer.

Beuster glaubt, dass in manchen Fällen von Tabes, wo entschieden syphilitische Symptome vorhanden sind, man einer antisyphilitischen Behandlung nicht widerstreben dürfe. Wenn auch kein Erfolg zu verzeichnen sei, so sei bei sorgfältiger Kur auch nicht geschadet.

Ewald theilt mit, dass die Statistik von Althaus, die auf grossem Material beruhe, mit der von Erb stimme; zwar erkenne ersterer den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes nicht an.

Menche.

---

566. **Dr. Seeligmüller** (Halle a. S.), **Ueber initiale Lokalisation der progressiven Muskelatrophie.** Vortrag auf der deutschen Naturforscher-Versammlung in Salzburg. (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. Nr. 48.)

Bezüglich der anatomischen Lokalisation der progressiven Muskelatrophie ist Verf. der Meinung, dass es ebensowohl Fälle gibt, welche für Friedreich's Auffassung von der peripheren Myositis und Neuritis ascendens sprechen, wie solche, deren Ursprung im Rückenmark

zu suchen ist. Zu den letzteren zählt er die Mehrzahl der ohne Lipomatose der Muskulatur an den unteren Extremiäten auftretenden hereditären Fälle mit ziemlich gleichmässig verbreiteter Abmagerung über den ganzen Körper. Die peripheren Erkrankungen können in Folge Ueberanstrengung und Misshandlung an jedem beliebigen Muskel beginnen.

Unter 28 Fällen begann die Atrophie 13 mal an der Hand, 6 mal am Arm, 6 mal an der Schulter, 3 mal an den Unterextremitäten. Die Angabe Duchenne's, nach welcher die congenitale progressive Muskelatrophie zunächst an der mimischen Mundmuskulatur auftreten soll, konnte S. nicht bestätigen. 2 mal beobachtete S. Ausgang in Bulbärparalyse. Von den brachial beginnenden Fällen werden drei bestimmt auf Trauma (starken Druck) zurückgeführt. Bei zwei von der Schulter ausgehenden Fällen begann die Atrophie ausschliesslich an dem einen M. infraspinatus. Von den Schultermuskeln geht die Atrophie bisweilen auf die Rückenmuskeln über. Initiales Auftreten an den unteren Extremitäten sah S. 3 mal. Endlich wird ein Fall von tertiärer Syphilis angeführt, der vollständig unter dem Bilde der progressiven Muskelatrophie verlief und durch eine Schmier- und Jodkalium-Kur geheilt wurde.

Stintzing (München).

---

567. **Dr. Bernhard Nocht, Ueber die Erfolge der Nervendehnung.** (Berlin, Hirschwald 1882. 41 S.)

Um den Werth der Nervendehnung, einer Operation, die sich nicht auf das Experiment, sondern lediglich auf die Empirie stützt, richtig zu würdigen, sind wir allein auf die Betrachtung der klinischen Erfahrungen angewiesen, und desshalb unternahm es Vf, das Material aus den Einzelbeobachtungen in der Literatur zu sammeln und zu analysiren, wobei es ihm gelang, bei der nöthigen Skepsis 150 Fälle heranzuziehen.

Die meisten Nervendehnungen wurden gemacht bei Neuralgieen, nämlich 60. Von 24 Fällen bei Ischias wurden 21 geheilt, 16 augenblicklich und nachhaltig, in einem Falle folgte der Dehnung sensible Lähmung, mit deren Verschwinden die alten Schmerzen wiederkehrten; in einem andern Falle trat an Stelle der geschwundenen Ischias dauernde motorische Lähmung und ein dritter Fall endete letal in Folge der Operation durch chronische Pyämie. Mit Recht weist Angesichts der letztgenannten üblen Erfolge Verf. auf die Dehnungen hin, die ohne operativen Eingriff durch forcirte Beugung im Hüftgelenk zu Stande kommen. — Unter 17 Fällen von Trigeminusneuralgieen trat 10 Mal augenblicklicher und dauernder Erfolg ein, in 5 Fällen erst nach einiger Zeit und in 2 blieb er aus. — In ²/₃ der 15 Fälle von Nervendehnungen bei traumatischen Neuralgieen konnte schneller und guter Erfolg ver-

zeichnet werden. — Die Nervendehnung bei Neuralgieen ist zu empfehlen, wo innere Mittel und elektrische Behandlung im Stiche gelassen haben, kann sehr kräftig ausgeführt werden und ist bei Recidiven zu wiederholen. Die Ansicht Vogt's, dass gerade die Fälle sich eigneten, in denen makroskopische Veränderungen an den Nerven vorhanden waren, wurde durch Heilung sämmtlicher einschlägiger Fälle (16) bestätigt.

Weniger günstig sind die Erfolge der Nervendehnung bei Leiden in der motorischen Sphäre. Unter 8 Fällen von Tic convulsif wurden allerdings in 7 die Krämpfe gehoben, aber in 6 Fällen trat an deren Stelle Facialisparalyse, zum Theil sich erst nach Monaten bessernd, und in den länger beobachteten Fällen blieben Recidive nicht aus. Die Dehnung des Accessorius bei Torticollis hatte nur in 2 unter 6 Fällen erhebliche dauernde Besserung im Gefolge. Bei Motilitätsstörungen an den Extremitäten zeigte sich unter 6 Fällen dreimal guter Erfolg.

Von den allgemeinen Neurosen sind bis jetzt Tetanus, congenitale und Reflexepilepsie durch Nervendehnung behandelt worden. Unter 24 an traumatischem Tetanus Leidenden wurden 6 geheilt (davon 2 vielleicht mehr durch energische innere Medication, als in Folge der Operation), in den meisten anderen Fällen machte sich jedoch ein vorübergehender günstiger Einfluss geltend, indem das Glied, an dem die Dehnung gemacht war, meist aber auch der ganze Körper kürzere oder längere Zeit frei von Anfällen blieb. Verf., ausgehend von dem Gedanken, dass die Nervendehnung im Stande ist, abnorme Zustände des Nerven und damit auch die dem Centralorgan zugeführten abnormen Erregungen günstig zu beeinflussen, räth in jedem Falle von traumatischem Tetanus neben der entsprechenden Wundbehandlung und der Fürsorge für die Herabsetzung der Erregbarkeit des Centralorgans durch Narcotica die Nervendehnung auszuführen, vielleicht bei Verletzungen an den Enden der Extremitäten alle grösseren Nervenstämme des betreffenden Gliedes zu dehnen. Die wenigen bis jetzt veröffentlichten Fälle von Nervendehnungen bei Epilepsie muntern zu weiteren Versuchen auf. Ueber die Nervendehnungen bei Hautkrankheiten lässt sich Nichts aussagen.

Die in den allerletzen Jahren in Schwung gekommene Nervendehnung bei Tabes dorsalis hat keine glänzenden Erfolge gehabt, wenn man nach Ausscheidung aller zweifelhaften Fälle (auch die von Langenbuch und Schüssler werden zurückgewiesen) die 8 Fälle der Literatur und die 2 vom Verf. zugefügten genauer betrachtet. 2 von diesen 10 Kranken starben in Folge der Operation. Sichere Hülfe gewährt die Nervendehnung nur gegen die Schmerzen der Tabetiker, für die Ataxie und die Sensibilitätsstörungen sind die Erfolge sehr verschieden. Von einer vollständigen Heilung durch die Operation kann keine Rede sein und scheint es von Bedeutung, dass das Kniephänomen auch nach der Dehnung verschwunden bleibt. Die Nervendehnung wirkt also bei Tabes nur symptomatisch und ist nicht ungefährlich, da Steigerung der Parese, Epilepsie in Folge der Operation möglich, die Gefahr der Verunreinigung der Wunden mit Koth und Urin und dadurch bedingte septische Infektion kaum vermeidlich ist.

Noch weniger aufmunternd sind die Resultate der Nervendehnung bei anderen Rückenmarksleiden, in einzelnen Fällen wurden einige Symptome (Schmerzen, Spasmen, Contrakturen, Tremor) günstig beeinflusst, in anderen stellten sich nach der Operation schlimmere Erscheinungen ein, als vorher da waren.

Verf. schliesst aus seinen Zusammenstellungen, dass bei Neuralgieen, bei Tetanus und Reflexepilepsie der Operation ein Werth nicht abzustreiten ist, dass jedoch bei Leiden in der motorischen Sphäre und bei den Affektionen der nervösen Centralorgane ein definitives Urtheil über den Umfang der therapeutischen Wirkung der Operation vorläufig noch nicht abgegeben werden kann.

Peretti (Andernach).

---

568. **Dr. Riedel** (Aachen), **Zur Nervendehnung nach Wirbelläsion.** (Deutsche med. Wochenschr. 1882. Nr. 1.)

In einem (von König operirten, von Rosenbach beschriebenen) Falle von Myelitis transversa traumatica mit unvollständiger motorischer Lähmung und completer Anästhesie der Unterextremitäten sowie der Blase und des Mastdarms, hochgradig herabgesetzter Reflexerregbarkeit und aufgehobenem Patellarreflex wurde durch die Dehnung die Anästhesie innerhalb 5 Stunden nach der Operation beseitigt und die Motilität gebessert; der Patellarreflex blieb erloschen. Ein halbes Jahr später konnte der Pat. noch gehen und arbeiten.

In einem 2. Falle war in Folge einer Fraktur in der Gegend des 10. Rückenwirbels heftige Cruralis - Neuralgie und Rückenschmerzen aufgetreten. Dehnung des Cruralis beseitigte die erstere, besserte die letzteren auf 1½ Jahre. Neuerdings traten aber wieder Schmerzen im Cruralis auf. Die Angaben des Pat. waren jedoch nicht ganz zuverlässig.

Durch Sturz von einem entgleisenden Zuge hatte sich ein Bahnbeamter Parese und vollständige Anästhesie der Beine, sowie Aufhebung aller Reflexe an denselben zugezogen. Dabei bestand Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule spontan, besonders aber auf Druck vom 10. Brustwirbel bis zum Kreuzbein. Da der Zustand sich in ½ Jahr nicht besserte, die Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule eher nach oben fortschritt, wurden in einer Sitzung beide Crurales und Ischiadici gedehnt. Der Effekt war erhebliche Besserung der Motilität und nach 14 Tagen völliges Wiedereintreten des Patellarsehnenreflexes. Diese Besserung sowie Hebung der Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule wurde auch noch 10 Wochen nach der Operation constatirt. Da bei RM.-Krankheiten eine Wiederkehr des Kniephänomens in Folge von Nervendehnung noch nie beobachtet worden ist, glaubt R. in einem Falle eine Mitbetheiligung des RM., d. h. eine Degeneration der Keilstränge, die nach

Westphal die Aufhebung des Patellarreflexes bedingt, ausschliessen zu müssen, und nimmt eine Unterbrechung der Leitung an, die dann durch die Dehnung wiederhergestellt worden sei. Verf. glaubt, dass das Trauma eine Blutung und weiterhin Bindegewebsentwicklung bewirkt habe, und dass durch Schrumpfung des Bindegewebes eine Kompression der Nerven in ihrem Verlaufe im RM. und an ihren Austrittsstellen zu Stande gekommen sein. Die Traktion habe dann die Nerven aus ihrer narbigen Umgebung gelöst. — Auch die Beseitigung der Crural-Neuralgie im 2. Falle lässt sich vielleicht durch Sprengung von Adhäsionen erklären.

Stintzing (München).

---

569. **Dr. H. Kümmell, Ueber Dehnung des Nervus opticus.** Aus dem Allgemeinen Krankenhause in Hamburg. (Deutsche Medic. Wochenschr. 1882. Nr. 1.)

Die bei verschiedenartigen peripheren und centralen Affectionen durch Nervendehnung erzielten Erfolge, die Verf. in der Einleitung beleuchtet, liessen hoffen, dass auch die Gehirnnerven einer ähnlichen mechanischen Behandlung mit Erfolg unterzogen, insbesondere dass „die häufigen, peripher beginnenden Erkrankungen des Opticus direkt in Angriff genommen und andrerseits die centralen Theile, der Tractus, das Chiasma und der Thalamus wirksam beeinflusst werden könnten“. Die ersten Versuche der Art wurden von Wecker ausgeführt, in einem Falle ohne Erfolg, während dieser Autor in seinen andern Fällen nichts über den Erfolg berichtet. Gleichzeitig hatte sich K. bereits durch Leichen- und Thierexperimente von der Ausführbarkeit und Unschädlichkeit der Opticusdehnung überzeugt. Die Operationsmethode von Wecker und von K. unterscheidet sich im Wesentlichen dadurch, dass ersterer ein stumpfes spatelförmiges Instrument durch einen Schlitz der Conjunctiva am inneren Hornhautrande an die Insertionsstelle des Opticus heranführt, nachdem der Rectus intern. durchschnitten und zur nachherigen Wiedervereinigung mit einer Naht versehen ist, während Verf. im unteren äusseren Abschnitt die Conjunctiva spaltete und mit einem kräftigen Schielhaken zwischen Rectus inf. und extern. vordringt. Beobachtungen an der Leiche zeigten, dass die Traktionen über das Chiasma hinaus bis zum Eintritt der tractus optici in die Gehirnmasse wirken. Bei 7 ausgeführten Dehnungen zeigten sich ausser vorübergehenden conjunctivalen Reizerscheinungen keine nachtheiligen Folgen. Der eine von 3 angeführten Fällen betrifft einen Pat., der wegen Sehnervenatrophie lange Zeit mit Jodkalium und Strychnin vergebens behandelt worden war, und bei dem trotz $2^1/_2$ jähriger Dauer des Leidens die 2 malige Opticusdehnung eine Besserung des Sehvermögens zur Folge hatte. In den 2 anderen Fällen war der Erfolg gleich Null.

Unter antiseptischen Kautelen hält K. die Opticusdehnung für einen „Eingriff, der ohne zu starke Reizung der Conjunctiven und des orbitalen Bindegewebes unternommen werden kann". Die Wirkung der Dehnung besteht in einer stärkeren Füllung der Venen, vielleicht auch der Arterien. Indicirt ist die Operation „in allen langsam progressiv verlaufenden Formen der atrophischen Degeneration des N. opticus, bei Abwesenheit aller entzündlichen Erscheinungen", wenn nicht der Mangel jeglicher qualitativer Lichtempfindung die Existenz noch funktionsfähiger Sehnervenfasern ausschliesst. In weniger weit entwickelten Fällen hält Verf. eine temporäre oder dauernde Heilung durch den „in seinen Folgen absolut ungefährlichen Eingriff" für möglich, bei weiter vorgeschrittener atrophischer Degeneration aber, wo jede andere Behandlungsweise versagt, wenigstens eine Besserung.

Stintzing (München).

---

570. **Debove, Des altérations du tissu osseux chez les hémiplégiques.** Ueber die Veränderungen des Knochengewebes bei den Hemiplegikern. (L'Union méd. Nr. 117.)

D. macht auf die Häufigkeit der Knochenbrüche bei Hemiplegikern aufmerksam; dieselben betreffen vorzugsweise die gelähmte Seite. Er beobachtete 3 derartige Fälle und ergab die Untersuchung des betreffenden Knochens bei der Autopsie: grössere Weite der Markhöhle, geringeres Gewicht des Knochens trotz grösserem Umfang, Verminderung der compacten, Zunahme der spongiösen Substanz. Unter dem Mikroskop zeigten sich die Haversischen Kanäle erweitert und zwar um so bedeutender, je weiter man sich vom Periost entfernte. Die chemische Untersuchung ergab als wesentliches Resultat eine Vermehrung des Fetts in den Knochen der gelähmten Seite, nach Verf. die Folge von Fettanhäufung in den erweiterten Haversischen Kanälchen. Die beschriebenen Veränderungen betrafen sämmtliche Knochen der gelähmten Seite, nicht die speciell fracturirten allein. Bezüglich der Heilung solcher Knochenbrüche hat D. keine eigenen Beobachtungen zu verzeichnen; er stellt aus der Literatur einige Fälle zusammen, aus denen hervorgehe, dass die Bildung des Callus in solchen Fällen ungestört vor sich geht, und eher beschleunigt als verlangsamt ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

571. **Hofmokl, Bericht der chirurgischen Abtheilung des Leopoldstädter Kinderspitals in Wien von Anfang 1877 bis Ende 1880.** (Arch. f. Kinderheilk. 3. Bd. 3. und 4. Heft.)

Aus diesem Bericht mögen hier nur die Abschnitte über die Tracheotomieen bei Diphtheritis, die Erysipele und die Spinae bifidae eine Stelle finden. — Was zunächst die ersteren betrifft, so theilt Vf. 70 Tracheotomieen mit, darunter 54 Todesfälle und 16 Heilungen. Das jüngste Kind, welches genesen ist, war 2³/₄ Jahr alt, ausser diesem bis zum 4. Jahre 5 Heilungen. Unmittelbar nach der Operation starben 4 Kinder, an demselben Tage 3; die meisten starben am 2. und 3. Tage; aber selbst am 10., 11. und 17. Tage nach der Operation trat noch der Tod ein. Die Todesursache war in 46 Fällen Bronchitis diphtheritica, in den übrigen Herzparalyse, Lungenoedem oder Sepsis. Bei den genesenen Fällen wurde 4 mal schon am 5. Tage, 5 mal am 6. und 3 mal am 7. Tage die Canüle entfernt; in 2 Fällen, in welchen am 6. Tage dieselbe entfernt worden war, traten von Neuem Dyspnoe mit Stenosenerscheinungen ein; die Canüle musste am 7. resp. 10. Tage wieder eingeführt werden, um dann am 9. resp. 15. Tage definitiv entfernt zu werden. Zumeist hatte man es mit sehr schweren Fällen zu thun, in den meisten Fällen wurden die Kranken in ultimis in die Anstalt überbracht. Die Behandlung der Diphtherie bestand hauptsächlich in der Desinfection der ergriffenen Partieen. Dies geschah theils durch Gurgeln, theils durch Ausspritzen der Nase und des Rachens mit Kali chlor. (1 : 100), Aq. Calc. (rein oder āā mit Wasser), Ac. carbol. (1 : 100), Alkohol (1 Kaffeelöffel Rhum auf ½ Glas Wasser), Acid. benzoic. 3 %, Natr. benz. 2%, Acid. salicyl. (1 : 300), — ferner in directer Berührung mit Acid. carbol. 5% oder verdünntem Liq. ferr. sesq. mittelst Wattetampons. Bei weiterem Fortschreiten des Processes auf den Larynx werden ausser kühlen Wasserumschlägen um den Hals Inhalationen von warmen Wasserdämpfen oder von 1 —1½ % Carbolwasser, Aq. Calc. āā, Natr. benz. 2% oder Terpentin empfohlen. Bei hohem Fieber nasse Einwicklungen, Chinin, Natr. benz. und salicyl. Die Tracheotomie ist auszuführen so wie die Dyspnoe stetig wird und zunimmt, Cyanose beginnt und der Husten trocken bleibt. Verf. führt fast ausschliesslich die tiefe Tracheotomie aus, einmal war er wegen grosser Ausdehnung der Venen und Struma trotz begonnener tiefer Tr. die hohe auszuführen gezwungen. Die Wunde wird nicht genäht, meist mit 5 % Carbolwasser, bei stärkerem Zerfall mit bis 10 % Carbolwasser oder Liq. ferri sesq., bei Jauchung mit Jodoformpulver behandelt. Die Canüle wird nicht täglich, sondern 1 mal, höchstens 2 mal bis zur definitiven Herausnahme gewechselt. Expectorantien wurden wenig angewandt, Emetica leisteten bei plötzlicher Verstopfung eines Bronchus oder drohendem Stickanfall vor der Tracheotomie oft gute Dienste, Tart. stibiat. wurde nicht angewandt.

Die Behandlung der Erysipele bestand in Anwendung der Kälte durch Eisbeutel oder kalte Compressen entweder direkt oder auf die vorher eingeölten erkrankten Hautpartien. Ausserdem Umschläge von Aq. Plumb., 2 % Carbolwasser, Waschungen mit 3 bis 5 % Carbol-

wasser, Einfettungen mit 3% Carbolöl und darüber ein trockner Druckverband. Innerlich Chinin, Natr. salicyl.

Von 3 Fällen von Spina bifida war bei 2 Perforation nach aussen eingetreten; im ersten Falle, wo die Haut um die Durchbruchsöffnung gangränös war, wurde dieselbe abgetragen, die Höhle mit 4% Chlorzink ausgespült und die frischen Wundränder mit Catgut genäht; im zweiten Falle wurde auf die kleine Oeffnung von aussen 3% Borcerat und ein Druckverband angelegt. Aus dem dritten geschlossenen Sacke wurden mit einem Pravaz ca. 120 gr klarer Flüssigkeit entleert und 10 gtt. reiner Jodtinctur eingespritzt; darauf ein Druckverband. Bei allen 3 Fällen floss beständig Cerebrospinalflüssigkeit aus, bei allen 3 erfolgte der Tod unter Convulsionen.

Kohts (Strassburg).

---

572. **Eger** jun. (Breslau), **Beitrag zum Aneurysma aortae abdominalis.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1881. Nr. 23.)

Verf. beschreibt einen genau beobachteten Fall von Aneurysma der Aorta abdominalis bei einer dem Arbeiterstande angehörenden Frau von 76 Jahren. Das früheste Symptom war ein hartnäckiger Schmerz, dem erst später die subjectiv und objectiv wahrnehmbare Pulsation folgte. Keine Pulsunterschiede. Tod durch Ruptur des Aneurysma. Anatomische Diagnose post mortem: Endarteriitis chron. deform. aortae totius. Aneurysma sacciforme aortae abdominalis. Ruptura aneurysmatis et infiltratio haemorrhagica telae cellulosae retroperitonealis, pararenalis et musc. psoae. — Es fehlte die Art. coeliaca, deren drei Aeste direkt aus der Aorta entsprangen; die linke Art. renalis ging höher ab als die rechte. Das Aneurysma hatte einen relativ tiefen Sitz. Dicht unter dem Abgange der Nierenarterien verengte sich die Aorta plötzlich auf Kleinfingerdicke, um sich kaum 1 cm weiter abwärts bis zur Bifurcation spindelförmig zu erweitern. Die Wandung des Sackes bestand aus den stark degenerirten Gefässwänden. Aus dem Sacke entsprang die Art. mesent. inf. Beachtenswerth erscheint dem Verf. die phthisische Affection der Lungen, die sich während der Beobachtung aus kleinen Anfängen zu grossen Zerstörungen entwickelte.

Therapeutisch empfiehlt der Verf. lange fortgesetzte, absolute Bettruhe.

Wolffberg.

---

573. **Dr. Th. Rumpf** (Düsseldorf), **Der faradische Pinsel bei Hyperämieen der Centralorgane und ihrer Häute.** (Deutsche Medic. Wochenschr. 1881, Nr. 36 und 37.)

Der von ihm selbst bei einer aus Hyperämie der Pupille entstandenen Neuritis optica durch farad. Pinselung erzielte Erfolg, sowie die Beobachtung (Nothnagel), dass sich bei Pinselung der Haut Circulationsveränderungen der Pia hervorrufen lassen, bewogen den Verf., dieses Mittel auch bei dem von Beard als Neurasthenia (cerebralis und spinalis) bezeichneten Symptomencomplex in Anwendung zu ziehen. Zu diesem gehören auch die activen und passiven Hyperämieen der Centralorgane und ihrer Hüllen, die nach Beard nur eine Folge der Erschöpfung des Nervensystems sind, nach R.'s Meinung aber auch ohne nachweisbare Primäraffektion des Nervensystems vorkommen. (Congestions- und Stauungshyperämieen in Folge von Herz-, Lungen- und Larynxkrankheiten, geistigen Anstrengungen etc.). Eine Reihe solcher Fälle, vom Gesichtspunkte der einzuschlagenden Therapie zusammengestellt, beleuchtet zugleich das Verhältniss der centralen Circulationsstörungen zu der Neurasthenia.

Die beiden ersten Fälle betreffen kräftige Männer, bei denen von einer primären Erkrankung des Nervensystems, von neuropathischer Disposition nicht die Rede sein konnte. Das Leiden begann mit Congestionen zum Kopf, woran sich Kopfschmerzen und Schwindel und die anderen Symptome der Neurasthenia cerebral. anschlossen, Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit, Unfähigkeit zur Arbeit. Der Ausgangspunkt mussten Circulationsstörungen des Gehirns und seiner Hüllen sein. Durch Anwendung des faradischen Pinsels (Reizung der Hautnerven und reflektorische Beeinflussung der Gehirn-Gefässe) wurden die Erscheinungen sehr rasch beseitigt.

Hier handelte es sich um eine rein cerebrale Form der Erkrankung. Aber auch Affectionen der Medulla spinalis, bei denen Symptome und Beschwerden wesentlich andere sein müssen, kamen nach der erwähnten Methode zur Behandlung. Ein 29jähr. Kaufmann bekam in Folge einer Erkältung Schmerzen im Kreuz und Empfindlichkeit der Wirbelsäule, reissende Schmerzen in den Unterextremitäten und in der Seite, weiterhin Müdigkeit der Beine, Taub- und Pelzigsein der Füsse, Schlaflosigkeit. Die Sehnen- und Hautreflexe waren sehr stark. Der andere Fall betrifft ein 15jähr. Mädchen, welches an ziehenden Schmerzen in den Oberextremitäten, Schultern und im Rücken, Parästhesieen und motorischer Schwäche der Hände, unruhigem Schlaf und Herzklopfen litt. In beiden Fällen musste man eine auf das RM. beschränkte, nicht organische Affektion, eine vielleicht aktive Hyperämie des Rückenmarks oder seiner Häute annehmen. Der erste Fall wurde durch die farad. Pinselung in 22, der zweite in 13 Sitzungen geheilt, nachdem eine vorherige galvan. Behandlung erfolglos geblieben war.

Dann folgen 2 ebenfalls durch farad. Pinselung geheilte Fälle, deren Anfangssymptome: Eingenommenheit und Schwere des Kopfes, Schwindel, Verwirrtheit, nicht auf eine Schwäche des Nervensystems, sondern auf Blutandrang zum Kopf etc. hinwiesen. Daran schlossen

sich Parästhesien, Schmerzen, motorische Schwäche, Unfähigkeit zu geistigen Arbeiten, Schlaflosigkeit. In beiden Fällen lagen als ätiologische Momente Arbeit und Ueberanstrengung, in einem überdies als Hauptreizmoment das Genitalsystem und psychische Verstimmung zu Grunde. Die Symptome beruhen hier auf allgemeiner Neurasthenie, d. h. gleichzeitigen funktionellen Störungen des Gehirns und Rückenmarkes, als deren veranlassendes Moment hyperämische Zustände der Centralorgane anzusehen sind. Dieselbe Veranlassung gilt aber auch für die obigen, theils auf das Gehirn, theils auf das RM. und ihre Hüllen allein hinweisenden Symptomengruppen. Denn nichts deutete in diesen Fällen auf eine besondere Schwäche des Nervensystems hin.

In allen Fällen fanden sich sehr starke Sehnenreflexe (auch an den Armen) und Hautreflexe, jedoch kein Fussklonus. Auch Erb fand bei Hyperämieen des RM. und seiner Häute, sowie Beard bei allen Neurasthenieen erhöhte Reflexerregbarkeit. Nach R. sind dagegen bei derjenigen Neurasthenie, die er im Gegensatz zu den beschriebenen Fällen als „primäre“ bezeichnet, die Sehnenreflexe hie und da recht schwach.

Die erwähnten therapeutischen Erfolge sind zu erklären durch eine Beeinflussung der Centralorgane auf indirektem Wege. Es handelt sich hier um eine Reflexwirkung von der durch starke Reizung hyperämisch gemachten Haut aus. Daher ist der farad. Pinsel besonders „bei jenen Zuständen in Anwendung zu ziehen, bei welchen an Congestionszustände zu den Centralorganen sich neurasthenische Beschwerden hinzugesellen“. Doch auch bei anderen Erkrankungen, wie bei der Eingangs erwähnten, sowie bei Hemiplegieen waren die Resultate befriedigend.

So hat R. an Heilung grenzende Besserung erzielt bei einer Affektion, die mit grösster Wahrscheinlichkeit an die Oberfläche der l. Hemisphäre zu verlegen war. Die Symptome bestanden in Parese der gesammten r. Körperhälfte, Schmerzen und Parästhesieen in Kopf, Rücken und Arm, Analgesie der ganzen Körperoberfläche. Durch Anwendung des Pinsels schwanden zunächst die Schmerzen und die Parästhesieen, weiterhin besserte sich auch die rechtsseitige Parese. Von der letzteren war nach $1^1/_2$ Jahren nur noch leichte Facialisstörung vorhanden; ab und zu noch nach Erkältungen auftretende Schmerzen und Druckgefühle im Rücken schwinden nach einmaliger Pinselung. Die letztere wurde in ausgedehnter Weise an Rücken und Extremitäten vorgenommen. — Bei den gewöhnlichen Hemiplegieen mit geringer einseitiger Sensibilitätsstörung begnügt sich Vf. mit der Vulpian'schen Pinselung einer 5—6 □ cm grossen Partie der Vorderarmdorsalfläche der hemiplegischen Seite, bei einer durchschnittlichen Sitzungsdauer von 5 Min. Bei den Congestionszuständen pinselt er 4—6 Min. grössere Hautgebiete.

Stintzing (München).

574. **P. Bert, Sur la zone maniable des agents anesthésiques, et sur un nouveau procédé de chloroformisation.** Dosirung der Anästhetica und ein neues Verfahren des Chloroformirens. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 20.)

Verf. bezeichnet als „Zone maniable" das Intervall zwischen der anästhesirenden und der tödtlichen Dosis eines Anästheticums. Diese Dosis wird nicht als absolute Menge angegeben, sondern ist ausgedrückt in dem relativen Gehalte der eingeathmeten Luft an dem betäubenden Mittel. Bei verschiedenen Thieren (Hunden, Mäusen, Sperlingen) und bei Anwendung verschiedener Anästhetica (Chloroform, Aether, Amylen, Aethylbromür, Methylchlorür) ergab sich, dass die tödtliche Dosis stets genau das Doppelte der betäubenden Dosis betrug. So brauchte ein Hund ein Gemenge von 9 gr Chloroform oder von 37 gr Aether in 100 Liter Luft, eine Maus ein Gemenge von 6 gr Chloroform oder von 12 gr Aether in 100 Liter Luft, um betäubt zu werden; zur Tödtung des Thieres musste die relative Menge des Narcoticums verdoppelt werden. Die Capacität des Raumes, in welchem das Thier athmete, war so gross, dass keine asphyktischen Symptome auftraten.

Das genannte Verfahren des Anästhesirens sei viel sicherer als das gewöhnliche mit Tüchern oder Schwämmen vorgenommene, bei welchem man nicht wisse, wie viel von dem Mittel eingeathmet werde. Es komme nicht auf die absolute Menge desselben, die in den Organismus eingeführt wird, sondern nur auf das Verhältniss der Menge des Anätheticums zu der der eingeathmeten Luft an; wenn einmal die Zone maniable für eine Thierart und ein bestimmtes Anästheticum festgestellt sei, so sei kein Todesfall mehr möglich.

Zweckmässig wäre es, nach diesem Princip auch die Anästhesirung des Menschen vorzunehmen.

Lüderitz (Jena).

---

575. **Th. Knauthe** (Meran), **Meran.** Separatabdruck aus der Realencyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Eulenburg. (Verlag von Urban und Schwarzenberg in Wien.)

Es wird dem Leser ein Bild des Curortes Meran (Ober-, Untermais und Gratsch eingerechnet) gegeben, seine Topographie und Climatologie, seine Hilfsmittel zur Cur geschildert und Indicationen für den Aufenthalt in Meran gegeben. Chronische Katarrhe der Respirationsorgane, Bronchiectasieen mit reichlicher Secretion, Nachkrankheiten von Pleuritiden, Emphysem, bronchitisches und nervöses Asthma, chronische Lungenschwindsucht, phthisischer Habitus, constitutionelle Schwäche, Rhachitis und Scrophulose, chronische Nieren-

entzündung, Hysterie, Krankheiten des Herzens und der Unterleibsorgane werden genannt. Kurze Notizen über Unterkunft und Lebensweise der Fremden schliessen die gemachten Mittheilungen.

von Mosengeil.

---

576. **Scherff**, Apotheker in Berlin, **Ueber Milchconservirung.** (Arch. f. Kinderheilk. III. B. Heft 3 und 4.)

Um die Milch bis zum Zeitpunkte der Verabreichung an die Kinder vor dem Verderben zu schützen, erhitzt Verf. dieselbe zunächst bei einem Druck von 4—5 Atmosphären, wodurch alle schon vorhandenen Gährungserreger getödtet werden. Die Aufnahme neuer, in der Luft befindlicher Gährungserreger verhütet er dann „durch zweckmässige Füllung der Milch unter Kohlensäure und einen Korkverschluss, welcher absolut undurchlässig ist, während den Raum zwischen Milch und Kork eine Kohlensäureschicht ausfüllt". So conservirte Milch enthält absolut keine Bacterien, ist volle 15 Monate haltbar, verdirbt selbst nach dem Oeffnen der Flasche nicht so schnell wie gewöhnliche Milch und wird, wie durch künstliche Verdauungsversuche nachgewiesen wurde, „sogar in ihren physikalischen Eigenschaften dahin zum Vortheil verändert, dass das Casein in der Art seiner Gerinnung dem Casein der Frauenmilch sich annähert, d. h. nur in feinen Flocken gerinnt." Winkel in Dresden theilt mit, dass Kinder, welche mit der Scherff'schen Milch ernährt wurden, seltener als andere an Soor erkrankten. Die Milch ist vom 1. December v. J. in den Handel gebracht worden, kostet 0,40 M. per Liter, für Arme nur 0,30 M.

Am Schlusse theilt Baginski mit, dass die Haltbarkeit der Milch nichts zu wünschen übrig lässt, dass sie in der Glühhitze nicht gerinnt und von den Kindern gern genommen wird.

Kohts (Strassburg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 1. Februar. Nro. 43.

577. **Dr. Emil Schütz, Mittheilungen aus der II. int. Abtheilung des Hrn. Reg.-R. Prof. Halla.** (Prager Med. Wochenschr. 1881. Nr. 31.)

I. Aphasie als Initialsymptom von Meningitis tuberculosa.

Ein Pat., der seit 3 Jahren mit einer ohne alle Veranlassung entstandenen Anschwellung des r. Ellbogengelenks behaftet war, bekam plötzlich eine Sprachstörung ohne sonstige Lähmungserscheinungen. Lungenbefund normal, Temp. 38—38,4 °. Wörter können verstanden und niedergeschrieben, vielfach aber, selbst nach Vorsprechen, nicht ausgesprochen werden. Die Aphasie nimmt zu. Weiterhin treten folgende Symptome auf. Kopfschmerz, Parese des r. Facialis, Apathie abwechselnd mit grosser Unruhe und Gewaltthätigkeit, am 12. Tage Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit des Nackens, ferner Dextroversio des r. Bulbus und Erweiterung der r. Pupille, Hyperästhesie im Gesicht, zerstreute Rasselgeräusche in beiden Lungen, leichte Cyanose des Gesichtes, Inkontinenz; endlich erfolgt unter vollständiger Bewusstlosigkeit,

stertorösem Athmen, Herzschwäche, Retentio urinae der exitus letalis. Die Temperatur war nur Abends erhöht, bis 38,6°.

Die erste Vermuthung, dass es sich um eine Embolie eines beschränkten Gebietes der Art. foss. Sylvii handele, wurde bald fallen gelassen, da eine Klappenerkrankung nicht nachzuweisen war und die Sprachstörung immer deutlicher zunahm. Dagegen machte das Vorhandensein einer chronischen, jedenfalls tuberkulösen Knochenerkrankung eine Tuberkelablagerung im Gehirn und zwar in der Gegend der Sprachcentren (3. l. Stirnwindung, Insula Reili), sowie die übrigen Erscheinungen eine tuberkulöse Meningitis wahrscheinlich. — Die Gehirnsubstanz selbst erwies sich bei der Sektion frei; dagegen fand sich reichliche Tuberkeleruption und Exsudat an der dem linksseitigen Operculum anliegenden Pia, sowie in der l. fossa Sylvii, um Vieles beträchtlicher als auf der r. Seite. Die Aphasie, die ungewöhnlicher Weise vor allen anderen Symptomen aufgetreten war, musste also zusammenhängen „mit dem primären Auftreten der Tuberkelgranulation in den oben erwähnten Partieen der Pia der l. Hemisphäre, dem Druck des hier so mächtig sich darbietenden Exsudates, sowie mit den, solche Affektionen zweifellos begleitenden histologischen Veränderungen der anliegenden Gehirnsubstanz". Ausserdem ergab die Sektion: Caries olecran. et ulnae dextri. Tubercul. mil. pulmon., renum et oment. mai. Pneumonia lobular. dextr.

Auch bei den spärlichen in der Literatur angeführten Fällen von Aphasie bei tuberkulöser Meningitis war die l. fossa Sylv. und ihre Umgebung entweder ausschliesslich oder stärker betheiligt als der rechte.

Als Ausgangspunkt der miliaren Metastasen der Pia war zweifellos der cariöse Process des r. Ellbogens anzusehen, da die Lungen und alle übrigen Organe frei von tuberkulösen Herden waren. Vf. betont daher, wie wichtig es sei, in Fällen ohne nachweisbare Lungenerkrankung die Entfernung derartiger dem chirurgischen Eingriffe zugänglicher primärer Herde so früh als möglich vorzunehmen, um der tuberkulösen Allgemeininfektion vorzubeugen.

II. Abdominaltyphus mit nachfolgender Miliartuberkulose.

Auf einen in ca. 4 Wochen abgelaufenen zweifellosen Abdominaltyphus folgten nach einigen fieberfreien Tagen in einer 2. Krankheitsperiode viel stürmischere Erscheinungen und unregelmässige Temperaturschwankungen, welche die Annahme eines Typhus-Recidivs nicht zuliessen, vielmehr für acute Miliartuberkulose sprachen.

Die Erscheinungen waren: Kopfschmerz, grosse Unruhe, reichliche Rasselgeräusche auf den Lungen, Cyanose des Gesichts, weiterhin heftige Delirien, zunehmende Benommenheit, Inkontinenz, Strabismus divergens. Nach 9 Tagen exitus letalis. Gegen Typhusrecidiv sprach ferner das Fehlen der Milzschwellung, die in der 1. Periode vorhanden gewesen.

Dagegen waren die Cyanose und vermehrte Athemfrequenz bei nicht nachweisbarem Entzündungsherd auf den Lungen geeignet, die Diagnose: Miliartuberkulose zu unterstützen. Diese klinische Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt, deren Ergebniss also lautet: Tuberc. obsoleta apic. pulm. dextri. Tuber. miliaris pulmonum, hepatis, renum,

pleurae, peritonaei ac piae matris. Ulcera typhosa sanata ilei. Endocarditis mitral. recens. — Das graulich durchscheinende Aussehen der Tuberkel bewies, dass es sich um eine frische Eruption handelte, die mit den 10 Tage vor dem Tode aufgetretenen neuerlichen Erscheinungen in Einklang zu bringen war.

Stintzing (München).

---

578. **Theod. Petrina, Ueber Sensibilitätsstörungen bei Hirnrindenläsionen.** Ein klinischer Beitrag etc. (Zeitschrift für Heilkunde II. Bd. 5. Heft.)

Der Angabe Tripier's, dass die sog. psychomotorischen Centra der Grosshirnrinde auch zugleich der Sensibilitäts-Leitung dienen, sich anschliessend, theilt Verf. zum Beleg eine Reihe von Krankengeschichten mit.

1. Ein an Aorteninsufficienz leidender 30 jähriger Tischler bekommt unter Bewusstlosigkeit und Convulsionen der rechten Gesichtshälfte und der r. Oberextremität eine Lähmung des Mittelastes der r. Facialis, Aphasie und Worttaubheit. Gleichzeitig lässt sich eine bedeutende Anästhesie des r. Arms, der r. Gesichtshälfte und der Nackengegend rechts für Schmerz, Temperaturen und faradischen Nervenreiz constatiren. Tod 4½ Wochen später. Die Section ergiebt im Gehirn: ein oberflächliches, dünnes älteres Blutextravasat, 2½ cm im Umfange, in Folge der Berstung eines kleinen Aneurysmas eines Seitenästchens der Art. front. ext., die Windungen der Insula Reilii, den untersten Theil der vorderen Centralwindung und den vordersten und obersten Theil des Gyrus temp. sup. bedeckend. Die oberste Rindenschichte an dieser Stelle gallertig erweicht, die tieferen Schichten sowie die Markmasse intact.

2. Ein 67 jähriger, seit 10 Wochen an Kopfschmerz leidender Maurer bekommt unter Bewusstseinsverlust eine Lähmung der linken Körperhälfte. 8 Wochen später ergiebt die Untersuchung: Paralyse der linken unteren Facialisäste, Parese der linken Extremitäten; Herabsetzung der Sensibilität (für Stiche, Berührungen, Temperaturen) auf der ganzen linken Körperhälfte, namentlich im Gesicht und am Arm. Geruch und Geschmack nicht alterirt. Tod in Folge Thrombose des Sinus transversus und der Carotis dextra, etwa 10 Wochen nach dem Insult. Bei der Autopsie findet sich ein kleiner keilförmiger nekrotischer Herd im unteren Drittel des Sulcus Rolando. Die beiden rechtsseitigen Centralwindungen in der nächsten Umgebung des erbsengrossen Herdes oberflächlich erweicht. Die weisse Markmasse intact.

3. Eine 20 jährige Magd mit Mitralinsufficienz bekommt einen apoplectischen Insult, nach welchem sie der Sprache verlustig ist. 6 Wochen später findet sich: Mittelast des r. Facialis gelähmt; fast

völlige motorische Aphasie sowie Alogie; ziemlich starke Anästhesie (für Nadelstiche, Temperaturen, faradischen und galvanischen Strom) an der r. Gesichts- und der r. oberen Rumpfhälfte. Tod in Folge des Klappenfehlers 3 Wochen später. Section: oberflächliche, nur die Rinde betreffende, Erweichung der Pars opercularis der 3. l. Frontalwindung in Folge einer Embolie eines kleinen Seitenästchens der Art. front. ext.

4. Bei einem 50 jährigen Weber ergiebt die Untersuchung 2 Monate nach einem apoplectischen Insult: rechtsseitige Hemiplegie, besonders des Gesichts und des Arms; rechtsseitige starke Hemianästhesie (Nadelstiche, Temperaturen, electrische Reizung); Aphasie und Worttaubheit. Etwa 1 Jahr später folgender Befund: die Hemiplegie etwas zurückgegangen; rechter Arm abgemagert, in seinen Bewegungen atactisch; Aphasie bedeutend gebessert, dagegen nicht die Worttaubheit; ziemlich starke Hemianästhesie. Tod an croupöser Pneumonie. Bei der Section finden sich mehrere kleine circumscripte Erweichungsherde in der Rinde des unteren Drittels der linken vorderen Centralwindung, der 3 ersten Inselwindungen und der vorderen oberen Partie des Gyrus temp. sup., in der Tiefe der Inselerweichung ein kleines geplatztes Aneurysma; nur die Rindensubstanz ist malacisch und auch diese zumeist nur in ihrer obersten Schicht.

5. Ein an chronischer Lungenphthise leidender 57 jähriger Schneider bekommt allmählich linkseitige Hemiparese unter Schmerzen in den gelähmten Theilen. Letztere sind auch bei passiven Bewegungen sehr schmerzhaft, die Haut gegen Berührungen hyperästhetisch. Allmählich, unter zunehmender Aphasie, bildet sich linksseitige Paralyse aus mit gleichzeitiger Hemianästhesia sin.; nur der linke Unterschenkel bleibt hyperästhetisch. Tod an hypostatischer Pneumonie. Die Section ergiebt einen erbsengrossen Tuberkel in der Rinde des rechten oberen Parietalläppchens, die umgebende Rindensubstanz erweicht und von kleinen Hämorrhagien durchsetzt, die weisse Markmasse intact.

6. Bei einem 53 jährigen Tagelöhner tritt plötzlich motorische Aphasie auf — mit tonischem Krampf in der r. oberen Extremität (namentlich in den Beugern der Finger) und im r. Mundfacialis. Tags darauf besteht: rechtsseitige Facialislähmung und Parese des r. Arms, Anästhesie der r. Rumpfhälfte gegen Stich- und Temperaturdifferenzen ohne Betheiligung der Sinnesnerven, hochgradige Hyperästhesie der r. oberen Extremität gegen Druck, Berührung und passive Bewegungen. Tod nach 3 Wochen. Die Section ergiebt: Primäre Hodentuberculose. Hanfkorngrosser käsiger Tuberkelknoten in der Rinde der Broca'schen Windung und kleine dichtgedrängte Hämorrhagien in der Rinde der letzteren in der unmittelbaren Nachbarschaft des Tuberkels.

In der Epikrise zu diesen Fällen hebt Verf. als besonders bemerkenswerth die Sensibilitätsstörungen hervor, die neben den bisweilen nur sehr geringen Störungen der Motilität bei den genannten Läsionen — welche sämmtlich in der sogenannten psychomotorischen Zone um den Sulcus Rolando herum ihren Sitz hatten — vorhanden waren. Zum Unterschiede von den Sensibilitätsstörungen, welche durch

Läsionen des hinteren Theils der innern Kapsel bedingt sind, seien bei dieser „corticalen" Anästhesie die Sinnesnerven nicht alterirt.

Als Beweis, dass die Sensibilitätsleitung nur auf gewisse bestimmte Windungen der Grosshirnrinde beschränkt sei, theilt Verf. ferner die Krankengeschichte eines Falles (7) mit, in welchem ein siebenjähriger Knabe mit perforirender Tuberculose des r. Stirnbeins, mit Abstossung der Dura und Blosslegung der 2. und theilweise der 3. Stirnwindung sowie mit oberflächlicher Maceration der grauen Rinde dieser Windungen intra vitam durchaus keine motorische oder sensible Störung dargeboten hatte.

Dagegen ist die Rinde des Parietallappens — wie Fall Nr. 5 sowie mehrere Fälle anderer Autoren beweisen — in ihrem der hinteren Centralwindung anliegenden Theile für die Sensibilitätsleitung wichtig, so dass eine Läsion dieser Gegend „corticale" Anästhesien nach sich zieht. Die Rinde der Occipitalwindung erscheint von der Sensibilitätsleitung ausgeschlossen. Verf. theilt als Beleg für den letzteren Satz einen einschlägigen Fall mit:

8. Ein 53 jähr. Briefträger bekommt nach einem Sturz auf den Hinterkopf heftigen Kopfschmerz, Schwindel und Sehstörungen: Amblyopie besonders links, Alexie, keine Farbenblindheit. Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen fehlen. Die Section (½ Jahr nach dem Sturz) ergiebt: Schädelfissur in der Lambdanaht; Pachymeningitis hämorrh. chron.; die 2. und 3. Hinterhauptswindung bis zum Sulc. temp. sup. nach vorn und der fissura calcarina nach unten und bis zum äusseren Rande der 3. Occipitalwindung oberflächlich erweicht, die Marksubstanz intact.

In Bezug auf die Oberfläche des Temporo-Sphenoidallappens in ihrem Verhalten zur Sensibilität fehlt bisher eine brauchbare Casuistik.

Es bringen also — nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen — nur Läsionen derjenigen Partie der Rinde, die bis jetzt als motorisches Rindencentrum galt, sowie der angrenzenden Windungen des Stirn-, Schläfen- und Scheitellappens stets mehr oder weniger ausgebreitete contralaterale Störungen der Hautsensibilität zur Beobachtung. In diese Rindenregion seien daher nicht bloss bestimmte motorische Reizungs- oder Lähmungssymptome, sondern auch die gleichzeitig beobachteten Läsionen der verschiedenen Qualitäten der Hautsensibiltät zu localisiren. Wo in diesem Bezirk mehr die motorische, wo die sensible Leitung, oder — nach Munk's Ansicht — wo die Zone für die Bewegungsvorstellung und wo diejenige für die Gefühlsqualitäten vorherrscht, sei noch festzustellen. Bis jetzt boten die Regionen der Broca'schen Windung, des unteren Drittels der vorderen Centralwindung und das obere Parietalläppchen die stärksten corticalen Anästhesien dar.

Lüderitz (Jena).

---

579. **Schulz** (Braunschweig) und **Schultze** (Heidelberg), **Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Paralyse.** (Archiv f. Psychiatrie Bd. XII. H. 2.)

Der vorliegende Fall bot klinisch den Symptomencomplex der Landry'schen Paralyse dar, und war, abweichend vom typischen Bilde, im späteren Verlaufe die faradische Erregbarkeit aufgetreten und Entartungsreaction vorhanden. Die Autopsie ergab eine frische Myelitis vorzugsweise der motorischen Bahnen und der vorderen grauen Substanz innerhalb des ganzen Rückenmarks und des unteren Theils der Medulla oblongata. Mit Rücksicht auf diesen Befund und den von Schultze in Virchow's Archiv Bd. 68 veröffentlichten Fall, der klinisch eine Duchenne'sche Paralyse darstellte, ergibt sich, dass Combinationen von Seitenstrangmyelitis und Poliomyelitis vorkommen können. Man kann der Vermuthung Raum geben, dass die reine Landry'sche Paralyse, bei welcher normale elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln vorhanden ist, als Ausdruck leichter entzündlicher Affectionen namentlich der Seitenstränge und des Bulbus medulla aufzufassen ist. — In einem weiteren Falle von acuter aufsteigender Paralyse, über den ausführliche Mittheilung erfolgen soll, fand Schultze neben einer mässigen intensiven Meningitis eine deutliche acute Myelitis mit Quellung der Axencylinder etc. besonders in den Seitensträngen des Hals- und Dorsaltheils.

Eickholt (Grafenberg).

---

580. **Prof. Dr. Franz Riegel, Zur Lehre von den Motilitätsneurosen des Kehlkopfes.** Aus der medicinischen Klinik in Giessen. (Berliner klinische Wochenschrift. 1881. Nr. 50.)

Nach einer kurzen Uebersicht über die bisher beschriebenen Motilitätsneurosen des Kehlkopfs (phonische und respiratorische Paralysen — Aphonia spastica und eigentlicher Spasmus glottidis, coordinatorischer Stimmritzenkrampf) (Nothnagel), Spasmus der Glottiserweiterer (Fräntzel), chorea laryngis, perverse Action der Stimmbänder (B. Fränkel, Semon), beschreibt Riegel einen Fall, der sich unter den bisher bekannten Formen der Motilitätsneurosen des Kehlkopfs nicht subsummiren lässt.

28jähriges Mädchen, kyphoscoliotisch nach einer Krankheit im 9. Jahre, normal menstruirt, hat vor 4 Jahren eine Pneumonie durchgemacht, von der sie sich vollständig erholte. Vor 2½ Jahren abermals Pneumonie, nachher wiederholt Bluterbrechen. In der Reconvalescenzperiode plötzlich ohne nachweisbare Ursache mässige Dyspnoe und eine eigenthümliche Athmung dergestalt, dass sowohl jede In- als Exspiration von einem lauten, tönenden Geräusch begleitet war, dass ferner In- und Exspiration äusserst kurz und beide von einer auffällig

langen Pause gefolgt waren. Dieser Zustand währte ungefähr 1/2 Jahr, um dann zu verschwinden, nach 1/4 Jahr aber wiederzukehren. 2 mal ausser der beschriebenen Störung heftiger Stickanfall. Trotz aller möglicher therapeutischer Massnahmen bei zweimaligem Aufenthalt auf der Klinik blieb der Zustand derselbe, verschwand dann plötzlich auf acht Monate, um dann gelegentlich einer neuen (angeblichen) Pneumonie wiederzukehren.

Das oben erwähnte Geräusch ähnelt einem laut ausgesprochenen „ch" und wird um so stärker, je lauter die Pat. spricht, je rascher sie athmet. Phonation normal; ebenso beim Husten normaler Klang.

Subjectiv Klage über Kurzathmigkeit und Gefühl von Zusammenschnüren im Halse, bei längerem und lauten Sprechen Athemnoth. Larynx äusserlich normal. Inspiratorische Abwärtsbewegung während der kurzen hörbaren Inspiration. In der Inspirationspause wieder Aufwärtssteigen, das erst bei der Exspiration endet.

Laryngoscopischer Befund: Larynx in Form und Farbe normal. Beim Beginn der Inspiration normale Glottiserweiterung; während derselben Geräusch. Sofort aber nähern sich die Stimmbänder wieder bis zu einer Mittelstellung zwischen Cadaver- und Intonationsstellung. Diese inspiratorische Pause ist stets länger als die vorhergehende laute Inspiration. Ihr folgt bei der Exspiration das gleiche Spiel ganz kurzer Glottisöffnung und darauffolgender Verengerung. Der Exspiration geht manchmal eine kurze schnellende Einwärtsbewegung der Stimmbänder fast bis zur vollständigen Berührung derselben voran. Bei Intonation normale Phonationsstellung. An der vorderen Wand der Trachea unterhalb der Stimmbänder stets weissgelbliche Schleimmasse.

Bei der Besprechung des Falles kommt Riegel zu dem Schluss, dass es sich entweder um einen intermittirenden, mit jeder Athmungsphase wiederkehrenden genuinen Glottiskrampf handle oder aber um einen secundären Krampf, bedingt durch die rasche Ermüdung der nur für kurze Zeit zu normaler Functionirung fähigen Glottiserweiterer i. e. um eine Parese der cricoaritenoidei postici. Riegel entscheidet sich für die letztere Annahme, aus der sich die Erscheinungen ungezwungen erklären lassen.

Die Athmung wird durch die kurze Thätigkeit der Glottiserweiterer möglich; sobald aber grössere Ansprüche an sie gemacht werden, genügt diese kurze Thätigkeit nicht; es tritt Dyspnoe ein. Das Näherrücken der Stimmbänder aneinander in den Athempausen erklärt sich aus dem Ueberwiegen der Antagonisten, wie dies in noch verstärktem Grade bei der Paralyse der Glottiserweiterer schon länger constatirt ist. Dieser intermittirende secundäre Krampf der Verengerer erklärt das laryngoscopische Bild.

Das bei der kurzen In- und Exspiration hörbare Geräusch erklärt Riegel für ein in der Trachea durch die Anwesenheit der Schleimmassen bedingtes.

Als Ursache der Affection nimmt Riegel die Hysterie in Anspruch. Gegen eine locale Erkrankung der cricoarytenoidei postici spricht ihm die lange Dauer, die plötzliche Heilung, die mehrmalige Wiederkehr des Symptomenbildes.

Ob das zweimalige Zusammentreffen des Beginnes der Affection mit einer Pneumonie einen causalen Zusammenhang der beiden Erkrankungen andeute, oder aber auf Zufälligkeit beruhe, lässt Verf. dahingestellt.

A. Schmid (Reichenhall.)

---

581. **Block, Neuropathische Diathese und Kniephänomen.** (Arch. f. Psychiatrie. XII. Bd. 2. Heft.)

Verf. untersuchte 699 Kinder auf Vorhandensein des Kniephänomens. Bei wiederholten controlirenden Untersuchungen fehlte der Patellarreflex nur bei fünfen. Die nähere Forschung nach dem Stammbaum dieser Kinder ergab bei dreien neuropathische Belastung, bei zweien war ausserdem eine Vererbung des mangelnden Patellarreflexes zu constatiren, im vierten Falle bestand eine Verkrümmung der Wirbelsäule, im 5. Falle konnte nichts Genaueres über die Ascendenz ermittelt werden. Hieraus folgt, dass in neuropathisch belasteten Familien bei einzelnen Gliedern das Kniephänomen fehlen kann, ohne dass man desshalb berechtigt ist, den Mangel als Initialsymptom der Tabes aufzufassen; auch bei nicht belasteten Individuen kann ohne Erkrankung des Nervensystems das Kniephänomen fehlen, wenn gewisse pathologische Veränderungen der Wirbellsäule zugegen sind.

Eickholt (Grafenberg).

---

582. **Gnauck** (Berlin), **Ueber die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie.** (Archiv f. Psychiatrie XII. Bd. 2. Heft.)

Verf. sucht an der Hand von 5 Krankheitsgeschichten der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Epilepsie resp. epileptischem Irresein und andern Geisteskrankheiten näher zu treten. Unter epileptischem Irresein versteht er anfallsweise bei Epileptischen auftretende transitorische psychische Störungen, welche im Allgemeinen durch eine mit zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnideen einhergehende Verwirrtheit und durch einen abnormen und eigenthümlichen traumhaften Zustand des Bewusstseins charakterisirt sind. Unter selbstständiger Geisteskrankheit wird eine derjenigen Geistesstörungen verstanden, welche allgemein als besondere und abgegrenzte Krankheitsformen aufgestellt und angenommen werden. Verf. gelangt zu folgenden Resultaten: Im Anschluss an eine Epilepsie kann sich eine selbstständige Geisteskrankheit entwickeln, die Epilepsie bleibt bestehen und erleidet zuweilen gewisse Modificationen. Treten Anfälle von epileptischem Irresein im Verlaufe der selbstständigen Geisteskrankheit auf, so wird die

letztere — in den beschriebenen Fällen die Verrücktheit — eigenthümlich modificirt. Diese Eigenthümlichkeiten bestehen in einem Anklange an den traumhaften abnormen Bewusstseinszustand des epileptischen Irreseins und in der Aehnlichkeit des ganzen Kreises der krankhaften Vorstellungen. Die nähere Betrachtung der angeführten Fälle lässt erkennen, dass das epileptische Irresein mit seinem eigenthümlichen traumhaften unbewussten Zustande in der Mitte steht zwischen dem epileptischen Krampfanfall und der Verrücktheit. Es macht ferner den Eindruck, als ob die Bewusstseinsstörung des epileptischen Irreseins eine Zwischenstufe bilde zwischen Bewusstlosigkeit und Bewusstsein und erscheint es mehr als wahrscheinlich, dass epileptisches Irresein und Verrücktheit eigentlich Störungen derselben Art sind, nämlich durch Sinnestäuschungen und Wahnideen charakterisirte Geisteskrankheiten, von denen die eine mit normalem Bewusstsein, die andere mit einem abnormen Zustande des Bewusstseins einhergeht.

Eickholt (Grafenberg).

---

583. **Wernicke, Ein Fall von Schädel-Trepanation.** Vortrag aus der Berliner medicinischen Gesellschaft. Sitzung am 30. Nov. und 7. Decemb. (Deutsche medic. Wochenschrift. Nr. 1. 1. Jan. 1882. p. 12.)

Bei einem 45 jähr. Mann bestand seit 5 Monaten eine Sehstörung, die sich allmählich zu einer vollständigen rechtsseitigen Hemiopie entwickelte; hierzu kamen „Ungeschicklichkeiten und eigenthümliche Sensibilitätsstörungen der rechten Extremitäten“. Diese entwickeln sich zu vollständiger Hemiplegie und Hemianästhesie. Zunge und Sprache unbetheiligt. Pat. magerte von Beginn seiner Erkrankung an ab, es bestanden leichte Fieberbewegungen, Nächte waren unruhig, Kopfschmerz war zuerst stark, liess später etwas nach, Apathie und Somnolenz, ohne Störung des Gedächtnisses und der Intelligenz. Diesen Symptomencomplex erklärt W. als durchaus charakteristisch für den Hirnabscess. Die rechtsseitige Hemiopie spricht für eine Erkrankung des linken Occipitallappens, die spätere Hemiplegie beweist, dass der Process mehr nach Vorne geschritten ist. Trepanation wurde für indicirt gehalten und von Dr. Hahn ausgeführt am oberen hinteren Quadranten des linken Scheitelbeins. Es findet sich ein hühnereigrosser Abscess, der gespalten wird. Nach 13 Tagen stirbt der Pat. Die Section, von Friedländer ausgeführt, ergiebt Perforation des weitergeschrittenen Abscesses in die Gehirnventrikel. An einigen Stellen seiner Wand, die membranlos war, fanden sich gelbe käsige tuberkulöse Einlagerungen. Es ist dies der erste Befund eines tuberculösen Gehirnabscesses.

Von verschiedenen Seiten wird dem Redner entgegnet, dass diese Symptome für einen Gehirnabscess nicht absolut sicher wären, und so

die Trepanation ein gewagter Eingriff. Andererseits bleibe es fraglich, ob es nicht ein vereiterter grosser Tuberkel gewesen sei. Diese Einwendungen weist W. zurück.

Menche.

---

584. **O. Leichtenstern, Ueber die konjugirte seitliche Deviation der Augen bei Hirnkrankheiten.** Krankenvorstellung im allgem. ärztl. Verein zu Köln. (Deutsche Med. Wochenschr. 1881. Nr. 44.)

L. fand die Prévost'sche Regel, dass die konjugirte Deviation der Bulbi bei Läsion der Grosshirnhemisphäre (Rinde, Marklager, Centralganglien) nach der nicht gelähmten Seite, bei Läsion des Hirnstammes (Brücke) aber nach der gelähmten Seite erfolge, in 69 Fällen, worunter zwei eigene Beobachtungen, bestätigt. Doch gibt es Ausnahmen von dieser Regel. So werden 17 Fälle erwähnt von konjugirter Deviation nach der gelähmten Seite, wobei aber die gelähmten Extremitäten Reizerscheinungen (Convulsionen, Rigidität, Kontrakturen) zeigten. L. fasst im Gegensatz zu Prévost das erwähnte Phänomen nicht als Zwangsbewegung, sondern als Lähmung auf und erklärt die Ausnahmefälle durch Reizung einer Willkürbahn in folgender Weise. Von den Centren der Willkür (Grosshirnrinden) gehen, in der vorderen Brückenregion sich kreuzend, Willkürbahnen zu den Abducens-Centren, von diesen wiederum nach der entgegengesetzten Seite zu demjenigen Theile des Oculomotorius-Kernes, welcher den Rect. int. innervirt. Daher bewirkt z. B. ein lähmender Herd in der linken Hemisphäre, da die Leitung zum rechten Abducens- und linken Oculomot.-Kern (also zum Rect. ext. dext. und Rect. int. sin.) unterbrochen ist, Lähmung der Rechtswender und durch erhöhten Antagonismus eine konjugirte Sinistroversio bulborum. Wirkt dagegen dieser Herd reizend, so erfolgt „eine spastische, klonische oder tonische Dextroversio". Durch letztere Erwägung würden sich obige 17 Ausnahmefälle erklären. Ausser diesem kommen aber noch Ausnahmen von der Prévost'schen Regel (5 Fälle bekannt) vor mit Deviation nach der gelähmten Seite, ohne dass diese Reizerscheinungen darbot. Hier muss die hemisphärische Extremitätenbahn gelähmt, die gleichseitige Willkürbahn für die Seitwärtswender der Blicklinie aber im Reizzustande gewesen sein.

L. führt zur Bestätigung seines Calcüls eine eigene Beobachtung an: Rechtsseitige Hemiplegie mit Parese der Linkswender der Blicklinie. Bei der Sektion fand sich Erweichung der l. Brückenhälfte.

Die sich aus dem Gesagten ergebenden Schlüsse für die topographische Diagnostik werden in 4 Sätzen formulirt.

Während bisher nur die grob in die Augen springenden konjugirten Deviationen beobachtet wurden, hat L. gefunden, dass häufig bei Apoplexien, Hemiplegien „Parese oder Insufficienz der konjugirten Seitwärtswender der Blicklinie besteht, und dass auch diese Parese, was ihre Richtung bei Grosshirn- und Brückenherden anlangt, den oben

angegebenen Regeln gehorcht." So wird u. A. ein Fall angeführt, in dem völlig prompte Dextroversio bestand, während die Sinistroversio nur mühsam und unvollständig war. L. ist der Meinung, dass Parese der konjugirten Seitwärtswender der Blicklinie bei Grosshirn- und Brücken-Herden viel häufiger anzutreffen ist als die immerhin seltene konjugirte Deviation.

Stintzing (München).

---

585. **Ed. Juhel-Rénoy. Observation de dégénerescence kystique du foie et des reins.** Fall von cystischer Entartung der Leber und Nieren. (Revue de médecine 1881. Nr. 11.)

Eine 67 jähr. Frau, die seit 2 Monaten an geschwollenen Beinen, Athemnoth und Husten litt, bot bei der Aufnahme ins Spital die Symptome eines doppelseitigen pleuritischen Ergusses und einer hämorrhagischen Nephritis dar. Die Oedeme, die Dypspnoe nahmen rasch zu; 8 Tage nach der Aufnahme erfolgte der Exitus.

Sectionsbefund: In beiden Pleuren beträchtlicher seröser Erguss. Pericardialblätter ausgedehnt verwachsen, Herzmuskel verfettet. Leber gross, zeigt an der convexen Seite 15 etwa Haselnuss-grosse z. Th. noch grössere Cysten, die eine farblose eiweissreiche Flüssigkeit enthalten. Die Wandungen desselben sind innen glatt, perlmutterglänzend, ohne Septa. Ausser den grossen Cysten an der convexen Fläche noch viele kleinere. Auf einem Durchschnitt erscheint auch das Parenchym des Organs, besonders gegen die Oberfläche hin, von zahlreichen Cysten durchsetzt; das dazwischen gelegene Lebergewebe ist gelblich oder auch grünlich verfärbt. Die grossen Gallenwege sind frei. — Die Nieren sind ziemlich gross und haben — durch zahlreiche grössere und kleinere Cysten — das Aussehen von Weintrauben; auf einem Durchschnitt ist nur noch ein ganz schmaler Streifen der Rindensubstanz vom Parenchym übrig geblieben.

Mikroskopisch finden sich in der Leber die hauptsächlichen Veränderungen an den Gallenwegen. Besonders in der Umgebung der Cysten sind letztere sehr reichlich anzutreffen: kleine und grössere Gallenwege, von fibrillärem Bindegewebe umgeben, viele obstruirt, andere mehr oder weniger dilatirt; es finden sich Uebergänge von kleinen dilatirten Gallenwegen bis zu grossen Cysten. Die kleinen Leberarterien zeigen vielfach endo- und periarteritische Veränderungen, die Leberzellen sind besonders in der Nachbarschaft der Cysten fettig entartet.

In den Nieren ergab sich hochgradige interstitielle Entzündung mit theils geringer, theils beträchtlicher Dilatation der gewundenen Harnkanälchen.

Der Process in der Leber ist nach Verf. aufzufassen als eine Entzündung, welche vorwiegend die kleineren Gallengänge betrifft, als

eine Angiocholitis mit Neubildung von Gallengängen und begleitet von Periangiocholitis. Von den neugebildeten Kanälen werden viele obstruirt und abgeschnürt, so dass Cysten entstehen, welche dann allmählich — besonders wohl durch Confluenz benachbarter Cysten — zu umfänglichen Gebilden sich entwickeln. Die Nierencysten sind als Retentionscysten aufzufassen.

Lüderitz (Jena).

---

586. **Seifert, Bericht über die Kinderabtheilung des Juliushospitales zu Würzburg aus den Jahren 1872—1880.** (Jahrb. f. Kinderheilkunde.)

B. Krankheiten der Respirationsorgane.

Nach Besprechung eines Falles von Spasmus glottidis, der sich durch die begleitenden allgemeinen klonischen Convulsionen auszeichnet und ätiologisch auf unpassende Ernährung zurückzuführen ist, kommt Verfasser zu einem Fall von Papilloma laryngis, welcher in mehrfacher Beziehung von Interesse ist. Es handelt sich um einen $4^1/_2$-jährigen Knaben, bei welchem sich während 2 Jahren allmählich unter zunehmender Heiserkeit und Schmerzen im Halse die Erscheinungen der Larynxstenose entwickelten. Laryngoskopisch zeigten sich von den Seitentheilen des Larynx ausgehende höckerige Geschwulstmassen, welche die Stimmbänder und Taschenbänder vollständig verdeckten und eine erhebliche Stenosirung der Glottis bewirkten. Später entwickelten sich auch an der Epiglottis und der Zungenbasis ähnliche Tumoren, welche sich mikroskopisch als papilläre darstellten. Wiederholt gelang es mittels der Quetschschlinge theils die Geschwulstmassen zu entfernen, welche aber immer wieder nachwuchsen, es musste die Tracheotomie gemacht werden, und Pat. verliess mit der Canüle das Spital. An Interesse gewinnt der Fall auch durch die wiederholt genommenen Pulscurven, welche deutlich zeigen, dass die schon normaler Weise beobachteten Blutdruckschwankungen unter dem Einfluss der Respiration bei Stenose der grossen Luftwege noch viel beträchtlicher ausfallen. — Es folgt ein Fall von Posticuslähmung bei einem Knaben von 4 Jahren; ein Monat vorher war Pat. tracheotomirt worden; die Lähmung ging allmählich in 7 Monaten zurück. — Von 6 Keuchhustenfällen waren 4 mit katarrhalischer Pneumonie complicirt, von denen einer bei einem hereditär belasteten, rhachitischem Kinde lethal verlief, einer gebessert und 2 völlig geheilt entlassen werden konnten. Bei allen hatte die Pneumonie ihren Sitz im rechten Unterlappen. Die Häufigkeit der Anfälle schwankte auf der Höhe der Erkrankung zwischen 10 und 23; durchschnittliche Dauer der Krankheit 10—12 Wochen. Die Behandlung bestand in Inhalationen von $^1/_2$% Bromkalilösung und Darreichung kleiner Dosen Chinin 0,1, 2—3 mal tgl. nach dem Alter des Kindes. Eine Abkürzung der Krankheitsdauer war nicht zu con-

statiren, dagegen eine Abnahme der Intensität der einzelnen Anfälle. — Von 28 Pneumonien starben 10. Aetiologisch wurde 2 mal Erkältung, 4 mal phthisische Erkrankung der Eltern, 15 mal vorhergegangene andere schwächende Erkrankungen constatirt. 5 Fälle betreffen Säuglinge. In 12 Fällen bestanden heftige gastrische Symptome. Schmerzen auf der erkrankten Seite bestanden nur 6 mal. Einmal wurden dem Cheyne-Stokes'schen Phänomen ähnliche Athmungspausen beobachtet, 5 mal Sputa crocea, 6 mal Milztumor. Die Unterlappen waren am häufigsten Sitz der Erkrankung und zwar der rechte häufiger als der linke. Krise erfolgte in 1 Falle am 4. Tage, in 3 Fällen am 5. und in den übrigen geheilten Fällen am 7. Tage. Die Therapie bestand in Eisumschlägen auf Kopf und Brust, in kleinen Gaben von Chinin innerlich oder in Inhalationen $^1/_2$ und 1 $^0/_0$, welche letztere in einem Falle beträchtliche Remissionen bewirkten. — Von 43 Fällen von Phthisis pulm. fielen 6 Fälle auf das erste Jahr, darunter ein Fall bei einem Kinde von 3 Monaten. Hämoptoë wurde sehr selten beobachtet, nur einmal bewirkte sie unmittelbar den Exitus lethalis. In 20 Fällen bestanden hartnäckige Durchfälle, 3 mal waren die Stühle übelriechend, zum Theil von eitriger Beschaffenheit; bei der Autopsie fanden sich die tuberculösen Geschwüre am ausgebreitetsten im untersten Ileum und im untersten Theil des Dickdarms. An tuberkulöser Meningitis gingen 5 Kranke zu Grunde. Ein Fall war mit Morb. Addison. complicirt; die Section zeigte in der linken Nebenniere einen käsigen Herd; ausserdem waren beide Nebennieren durch grosse Lymphdrüsenpackete comprimirt. 2 mal wurden Geschwüre im Kehlkopfe beobachtet. Die Therapie war eine symptomatische. Wo Milch nicht gerne genommen wurde, wurde mit Erfolg Kumys gereicht. Bei Diarrhoeen gab man abwechselnd Extr. Belae ind. mit Opium, und Tannin, gegen die Nachtschweisse Atropin und Elaeosacch. Salviae. Es folgt ein Fall von doppelseitiger Lungenatelektase bei einem elenden $1^1/_4$ jährigen Knaben, bewirkt durch Verstopfung der Bronchien mit zähem Sekret bei gleichzeitiger Schwäche der Athemmuskulatur. — Ein Fall von Osteosarcom der Lunge konnte schon bei Lebzeiten diagnosticirt werden; neben der Kachexie und den physikalischen Erscheinungen, welche mit einem pleuritischen Erguss viel Aehnlichkeit hatten, stiess man bei einer Probepunktion mit der Pravaz'schen Spritze in knirschendes derbes Gewebe. Ausserdem bestand ein Osteosarcom am rechten Oberschenkel. — Von 10 Fällen von Pleuritis, unter denen 4 eitrig waren, verdienen 2 der letzteren Art hervorgehoben zu werden. Bei beiden trat plötzlich unter den Erscheinungen eines halbseitigen Krampfes, sodann einer halbseitigen Lähmung plötzlich der Tod ein; bei dem ersten bestand bei mässiger Albuminurie zugleich mit den Krämpfen Anurie und es wurde daher bis zum Eintritt der Hemiplegie an urämisches Hirnödem gedacht; bei dem zweiten trat zugleich mit der rechtsseitigen Hemiplegie mit Betheiligung des rechten Facialis Aphasie ein. Die Section ergab in beiden Fällen Embolie der linken Carotis, wahrscheinlich ausgehend von einem Thrombus aus den Lungenvenen; im ersten Falle reichte der Embolus bis in den Anfangstheil der Art. foss. Sylvii, im zweiten hatte er mehrere Erweichungsherde zur Folge, welche die Aphasie erklärten.

— Endlich bringt Verf. 2 Fälle von Pyopneumothorax, entstanden aus Perforation einer phthisischen Caverne und das zweite Mal aus einem nach einer recidivirenden Pneumonie gebildeten Empyem, welches nach aussen durchgebrochen war. Beidemal bestand Tuberculose der Lungen.

Kohts (Strassburg).

---

587. **Winkel** (Dresden), **Ueber Anwendung permanenter Bäder bei Neugeborenen.** (Centralblatt für Gynäkologie 1882. Nr. 1, 2 und 3.)

W. hatte sich bei seinen Versuchen am Kinde die Frage gestellt: Lässt sich in Klinik und Privatpraxis ohne zu grosse Umstände für die Umgebung und ohne zu grosse Unbequemlichkeit für das Kind selbst, letzteres tagelang im gleichmässig warmen Bade erhalten? Es wurde zu diesem Zwecke eine eigene Badewanne construirt und fielen die Versuche günstig aus.

Das Nachfüllen von $^1/_2$ Liter kochenden Wassers alle halbe bis ganze Stunde genügte, um das Wasser auf der erforderten Temperatur von 35—37,5° C. zu erhalten. Dem Kinde war der Aufenthalt im Wasser ein behaglicher, seine Lage durchaus nicht unbequem. Es ergab sich, dass ruhige Kinder im Bade eben so blieben, dass dagegen unruhige, viel schreiende in der Regel bald, oft sofort ruhig wurden und manchmal stundenlang ununterbrochen in demselben schliefen; ferner, dass die in Wasser von 37° C. untergebrachten, von denen mehrere sehr elend waren und Durchfall hatten, etwas grösseren Durst als vorher zu haben schienen. Auch kam es Vf. vor, als ob einzelne Kinder nach dem Trinken leichter seien. Es genügt mit Berücksichtigung der Verunreinigungen durch Urin und Koth alle 6—8 Stunden einmal das Wasser der Wanne vollständig zu wechseln.

In Bezug auf das Verhalten der Haut war zu bemerken, dass dieselbe in einzelnen Fällen etwas blasser erschien, wie dies namentlich von dem Aussehen des Gesichts in einem Fall notirt wurde, und dass zwei Mal bei Kindern, die an Intertrigo litten, an der Bauch- und Brusthaut kleine rothe Stippchen sich zeigten.

Das Gewicht blieb bei den an Magendarmkatarrhen erkrankten Kindern im Bade unverändert, während die interessante Beobachtung gemacht wurde, dass ein mit Atelektase ins Bad gebrachtes Kind in demselben ruhiger athmete und gut trank, so dass es am ersten Tage im Bade um 120 gr zugenommen hatte.

Die Beschreibung der Wanne sowie die dazu gehörigen Abbildungen sind im Original nachzusehen. Nachdem nunmehr alle Vorarbeiten beendet sind, beabsichtigt Vf. exaktere Untersuchungen mit Herrn Dr. Weiss anzustellen und darüber von Zeit zu Zeit zu berichten. Es soll das physiologische Verhalten des Kindes, seine Eigenwärme,

Athmung, Circulation, Hautthätigkeit, Verdauung, sein Wachsthum, seine Gesichtsveränderungen und das Verhalten pathologischer Zustände im permanenten Bade beobachtet werden.

Kocks.

588. **Kirchner, Ueber die Einwirkung des Chinins und der Salicylsäure auf das Gehörorgan.** (Sitzungsber. der physik. medic. Gesellschaft zu Würzb. 1881. Nro. 11.)

K. suchte durch Fütterungsversuche mit Chinin- und Salicylsäurepräparaten an Thieren (Katzen, Hunden, Meerschweinchen und Mäusen) zu eruiren, ob sichtbare pathologische Veränderungen an einzelnen Theilen des Gehörorgans nachzuweisen sind, welche als die Ursache der bei grösseren Dosen dieses Mittels auftretenden Gehörsstörungen aufgefasst werden können.

Es fand sich starke Hyperämie im knöchernen Gehörgang in der Nähe des Trommelfells, die Schleimhaut der Pauckenhöhle trübe, gelblich gefärbt und an einzelnen Stellen Ecchymosen und Hämorrhagien.

Im Labyrinth zeigte sich in einzelnen Fällen intensive Röthung im vestibulum, die Labyrinthflüssigkeit war röthlich gefärbt.

Die Ursache dieser Veränderungen ist wahrscheinlich in vasomotorischen Störungen zu suchen.

K. knüpft an diese Beobachtungen die Warnung, bei Darreichung grösserer Gaben der Chinin- und Salicylsäurepräparate den Zustand des Gehörorgans niemals ausser Acht zu lassen.

Seifert (Würzburg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Neue Bücher.

Centralblatt, neurologisches. Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystems einschliesslich der Geisteskrankheiten. Herausg. von E. Mendel. 1. Jahrg. 1882. (24 Nrn.) Nr. 1. Leipzig, Veit & Co. pr. Jahrg. 12 M.

Duboue, Etude comparée du medicament et de la série médicamenteuse. Paris, Masson. 4 fr.

Güntz, Syphilis-Behandlung ohne Quecksilber. Berlin, Hirschwald. 1 M. 50 Pf.

Hayem, Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques. Avec 43 fig. et 1 planche. Paris, Masson. 12 fr.

Hermann, Kurzes Lehrbuch der Physiologie. 7. Auflage. Mit 95 Holzschn. Berlin, Hirschwald. 12 M.

Neubauer & Vogel, Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns sowie zur Beurtheilung der Veränderungen dieses Sekrets mit besonderer Rücksicht auf die Zwecke des praktischen Arztes. Achte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit Vorwort von Professor Dr. Fresenius. 1. Abthl. Analytischer Theil. Bearbeitet von Dr. H. Huppert. Mit 3 lithographirten Tafeln und 39 Holzschnitten. Wiesbaden, C. W. Kreidel's Verlag. 7 M. 60 Pf.

Nicolas, L'Attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre, du travail et de l'expression. Paris, Masson. 5 fr.

Nocht, Ueber die Erfolge der Nervendehnung. Berlin, Hirschwald. 1 M.

Picot, Leçons cliniques sur le traitement de la pneumonie. Paris, Masson. 3 fr.

Pohl-Pincus, Untersuchungen über die Wirkungsweise d. Vaccination. Mit 4 lithographirten Tafeln. Berlin, Hirschwald. 5 M. 60 Pf.

Ponfick, Die Actinomycose des Menschen, eine neue Infektionskrankheit, auf vergleichend-pathologischer und experimenteller Grundlage geschildert. Berlin, Hirschwald. 8 M.

Recklinghausen, Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehungen zu den multiplen Neuromen. Berlin, Hirschwald. 7 M.

Reclus, De la syphilis du Testicule. Avec 6 planches dont 4 en couleur. Paris, Masson. 8 fr.

Richet, Physiologie des muscles et des nerfs. Paris, G. Baillière & Co. 15 fr.

Richardson, A Ministry of health and other addresses. Chatto & Windus. 6 sh.

Senator, Die Albuminurie. Berlin, Hirschwald. 3 M. 60 Pf.

Sturges, On Chorea and other allied movement disorders of early life. Smith and Elder. 7 sh. 6 d.

Vindevogel, Recueil clinique ou répertoire des traitements nouveaux. Bruxelles. 2 fr.

Wasseige, Des opérations obstétricales avec fig. Paris. 10 fr.

Whitehead, Excision of the tongue. London, Churchill. 1 sh.

Wiet, Contribution à l'etude de l'élongation des nerfs. Paris, G. Baillière & Co. 4 fr.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 4. Februar. Nro. 44.

Zur Casuistik der Nervendehnung bei Rückenmarkskrankheiten

von

Prof. Doutrelepont.

Maurer E., 31 Jahre alt, wurde im Januar 1881 in's hiesige Friedrich-Wilhelms Hospital wegen Ulcera chronica cruris aufgenommen. Pat. klagte auch über Schwäche in den Beinen, Zittern beim Gehen und über geringe Schmerzen in den beiden unteren Extremitäten. Während die Geschwüre rasch heilten, nahm die Parese rasch zu und erstreckte sich auch auf die Rückenmuskeln. Trotz Anwendung der Electricität war anfangs April vollständige Paraplegie und starke Anästhesie eingetreten. Oktober litt Pat. an retentio urinae, welche die Anlegung des Katheters erforderte. Im December wurde das Fehlen des Patellarreflexes constatirt. 1881 blieb der Zustand trotz lange fortgesetzter

Anwendung des constanten und Induktionsstromes unverändert, der Katheterismus wurde häufiger erforderlich. Anfangs August wurde mir der Patient von Herrn Collegen Dr. Leo, der bis dahin die Behandlung geleitet hatte, zur Ausführung der Nervendehnung übergeben. Am 2. Aug. wurde folgender Status aufgenommen: Auge und Gehör bieten keine Abnormität dar, die Sprache des Patienten ist schleppend. In den oberen Extremitäten ist die Sensibilität vermindert, ebenso die muskuläre; Pat. kann einen Gegenstand nur kurze Zeit mit der Hand festdrücken, die Muskeln sind nicht atrophisch. Pat. klagt über lästiges Gürtelgefühl. Der Stuhl kann nur durch Klystiere entleert werden, nie spontan, Pat. fühlt nicht wenn der Stuhl kömmt. Die Urinentleerung erfolgt nur durch grosse Anstrengung sehr langsam. Die Sensibilität der unteren Extremitäten ist beiderseits gleichmässig sehr herabgesetzt. Pat. localisirt tiefe Nadelstiche sehr ungenau und erkennt nur unsicher die in 9—10 cm Entfernung gestellten Spitzen des Anästhesiometers. Die Reflexerregbarkeit ist vollständig erloschen. Die elektrische Erregbarkeit ist erhalten. Die Muskeln sind vollständig paralytisch; Pat. kann nicht die geringste Bewegung der Beine ausführen. Das Herz zeigt eine Stenosis ostii venosi sin. und Insufficienz der v. mitralis, als Folgen eines im Jahre 1870 überstandenen akuten Gelenkrheumatismus mit Endocarditis. Patient kann wegen Schwäche der Rückenmuskeln nicht mehr sitzen.

Am 4. August führte ich die Dehnung des linken n. ischiadicus aus. Wegen des Herzfehlers und der geschwächten Sensibilität des Beins wurde die Operation nur unter localer Anästhesie gemacht. Die Freilegung des Nerven war schmerzlos, nur die starke Dehnung des Nerven selbst veranlasste den Patienten einige Male zum Stöhnen. Am 5. August war keine Aenderung des Zustandes eingetreten. Am 6. August klagt Pat. über Brennen in der Wunde; die Untersuchung der Sensibilität am operirten Beine ergab eine genaue Localisation von Nadelstichen; während Pat. am rechten Beine die beiden Spitzen des Anästhesiometer kaum auf 9 cm Entfernung erkennen kann, erkennt er dieselben am linken Beine fast überall auf 1 cm Entfernung.

Am 7. August bewegt der Patient die dicke Zehe, die anderen noch nicht, am 8. Aug. Bewegung der übrigen Zehen. Am 11. Aug. konnte das Fussgelenk bewegt, das Knie und die Hüfte gebeugt werden; die Streckung des Knies war vollständig unmöglich. Am rechten Beine war keine Aenderung nach der Operation wahrzunehmen.

Am 12. Aug. wurde unter localer Anästhesie der rechte n. ischiadicus gedehnt. Bei der Dehnung selbst gab Pat. mehr Schmerz als bei der ersten Operation an. Schon am folgenden Morgen war die Sensibilität am ganzen Beine fast normal, Pat. localisirt jede Berührung des Beines genau, gibt genau jede Zehe an, welche gestochen wird. Ein Unterschied zwischen der Sensibilität beider Beine ist nicht mehr vorhanden. Bei grosser Anstrengung kann Pat. das rechte Fussgelenk wenig bewegen und das Knie einmal beugen. Das linke Knie wird bis zu einem Winkel von 120° gebeugt. Am 14. Aug. Morgens Bewegung der rechten dicken Zehe, erst Abends der anderen Zehen. Von da ab konnte täglich eine Kräftigung der Bewegungen in beiden Beinen constatirt werden. Schmerzen traten nicht auf. Einige Male

konnte der Patellarreflex erzeugt werden, aber nicht constant. Die Streckmuskeln der Kniee blieben jedoch vollständig gelähmt, während die elektrische Erregbarkeit erhalten war.

Am 30. Aug. wurde der n. cruralis dexter unter dem Poupart'-schen Bande freigelegt und kräftig wieder nur unter localer Anästhesie gedehnt. Bei dem Zuge am Nerven war der Schmerz heftiger als bei den früheren Dehnungen. Am folgenden Tage schon beobachtete man bei den Versuchen des Pat. das Kniegelenk zu strecken Zuckungen des Quadriceps. Am 6. September konnte der Pat. das rechte Bein gestreckt aufheben, das Knie beugen und strecken. Am 7. Sept. wurde der linke n. cruralis auch gedehnt; am 9. konnte Pat. die patella festhalten, so dass sie nicht bewegt werden konnte, am 11. wurde das im Knie gestreckte Bein fest von der Unterlage aufgehoben. Neben Beseitigung der Sensibilitäts- und Motilitätsstörung an den unteren Extremitäten war Pat. auch von seinem früheren lästigen Gürtelgefühl befreit; das Uriniren ging leicht ohne Anstrengung vor sich, die Stuhlentleerung erfolgte ohne künstliche Hülfe. Am 20. Sept. wurde zum ersten Male versucht den Pat. aufzustellen. Von zwei Seiten gestützt, zitterte derselbe am ganzen Körper; beim Versuche zu gehen, warf er die Beine stark zitternd vor. Durch die grosse Anstrengung schwitzte er am ganzen Körper.

Vom 26. Sept. an wurden täglich Gehversuche mit Krücken angestellt. Dabei warf Patient die Beine sehr stark zitternd und schleudernd vor.

Nur sehr langsam trat eine weitere Besserung im Gehen ein. Erst Anfangs Jan. 1882 kann er einige Schritte auf Krücken gestützt ohne Zittern machen, er kann sich allein am Stuhl aufrichten. Die Beine werden jedoch nicht viel kräftiger, beim Gehen schleudert er sie vor. Die Sensibilität ist normal, Pat. localisirt jede Berührung an den Beinen genau. Die Reflexe fehlen wieder, nur der Cremasterreflex ist besonders links nachweisbar. Urin und Stuhlentleerung gehen normal vor sich. Pat. macht täglich kurze Gehversuche auf Krücken, die ihn noch sehr anstrengen, und sitzt fast den ganzen Tag ohne zu ermüden auf einem Sessel.

In zwei Fällen von ausgesprochener Tabes dorsalis habe ich auch die Nervendehnung ausgeführt. In dem ersten Falle, 4 jährige Dauer der Krankheit und Atrophie beider Sehnerven, wurden zuerst die zwei nerv. ischiadici in einer Sitzung, später die n. crurales gedehnt. Die Folge der Operation ist entschiedene und jetzt nach ungefähr 3 Monaten dauernde Besserung der Ataxie, anfangs Verschwinden des Gürtelgefühls und der heftigen Schmerzen; letztere sind jedoch wiedergekehrt, wenn auch nach Aussage des Patienten nicht in der früheren Stärke. Eine geringe Besserung der Sensibilität liess sich auch nachweisen.

Im 2. Falle ($2^1/_2$ jähriger Dauer der Krankheit) wurden die zwei nerv. ischiadici allein gedehnt. Auch hier ist die Ataxie, welche so hochgradig war, dass der Patient kaum mit einem Stocke gehen konnte, und dass er bei Schliessen der Augen gleich hinfiel, viel geringer geworden, Patient kann ohne Stock gehen, die Schmerzen haben nachgelassen. In beiden Fällen also Besserung einiger Symptome der Tabes, die Sehnenreflexe wurden jedoch nicht beeinflusst.

Alle Operationen heilten per primam intentionem, natürlich mit Ausnahme der Stellen, wo die Drainröhren lagen. Fieber wurde in keinem Falle beobachtet.

---

589. **Ferdinand Hoffmann, Ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie der farblosen Blutkörperchen.** (Dorpater Dissertation 1881.)

Die Krankheit, welche sich bei Thieren nach Injection von Jauche ins Blut und ganz ebenso nach Injection von Hämoglobinlösung, von Alex. Schmidt's Fibrinferment, ja sogar von sehr grossen Mengen destillirten Wassers, entwickelt, ist auf Alex. Schmidt's Veranlassung schon mehrfach untersucht worden.

Die äusseren Symptome der Krankheit, Mattigkeit, Erhöhung der Körpertemperatur und der Athemfrequenz, Erbrechen und blutige Durchfälle sind längst bekannt. — Indem Hoffmann seine Beobachtungen mit denen Dorpater Vorgänger combinirt, kommt er zu der Erkenntniss, dass in diesen Krankheiten eine wohl charakterisirte Affection der farblosen Blutkörperchen besteht, so dass man sie als wahre Bluterkrankungen bezeichnen kann. Der physiologische Zerfall der farblosen Blutzellen ist enorm gesteigert, der Gehalt des Blutes an ihnen deshalb stark vermindert, während ihre Zerfallsprodukte, namentlich das sogenannte Fibrinferment, sich im Blute anhäufen. Die Faserstoffmenge welche solches Blut liefert, ist abnorm gering. Erholt sich das Thier, so steigt erst die Menge der weissen Zellen, dann auch der Faserstoff, und beide stehen meist schon am zweiten Tage nach dem Eingriff über der Norm.

N. Zuntz (Berlin).

---

590. **D. Dubelir, Ueber den Einfluss des fortdauernden Gebrauchs von kohlensaurem Natron auf die Zusammensetzung des Blutes.** (Wiener acad. Sitzungsber. 1881. Bd. 83. Abth. 3. S. 261—274.)

Die so häufig zu Heilzwecken erfolgende, lange Zeit fortgesetzte, Darreichung von kohlensaurem Natron hat schon mehrfach Anlass gegeben, die darnach eintretenden Aenderungen in der chemischen Zusammensetzung des Blutes zu untersuchen.

D. experimentirte an Hunden, welchen 2 bis 6 Wochen lang mit dem täglichen Futter Sodamengen, welche die therapeutisch zur Anwendung kommenden nicht allzu sehr überstiegen, verabreicht wurden.

Die Resultate der 4 Blutanalysen lassen sich in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Die alkalische Beschaffenheit der Blutasche nimmt annähernd proportional der täglich verabreichten Sodamenge und der Zeitdauer ihrer Darreichung zu.
2. Kali wird in der Blutasche nicht durch Natron substituirt.
3. Natron wird im Blute nicht angehäuft.
4. Der Eisengehalt (also auch wohl die Hämoglobinmenge) nimmt zu.
5. Der Gehalt des Blutes an festen Bestandtheilen, sowie Stickstoff (Eiweiss) bleibt bei Sodagebrauch innerhalb der, allerdings ziemlich weit zu steckenden, normalen Grenzen.

N. Zuntz (Berlin).

---

591. **A. Boekmann, Ueber die quantitativen Veränderungen der Blutkörperchen im Fieber.** (Aus der medic. Klinik in Giessen. Deutsches Archiv f. kl. Medicin. XXIX. 481—515.)

Der Verf. leitet seine Arbeit durch eine Besprechung der verschiedenen Methoden zur Zählung der Blutkörperchen ein und führt die wichtigsten von andern Autoren bis jetzt erhaltenen Resultate an. Er selbst benutzte den von Zeiss auf Thoma's Anregung construirten Apparat mit einer von Malassez angegebenen Modification. Nach Abbe lassen sich mit diesem Apparate Resultate erreichen, deren mittlere Fehler zwischen 2 und 3% schwanken.

Die bisherigen Untersuchungen bezogen sich auf den normalen Menschen (bei gesunden Erwachsenen sind in 1 cbkmm Blut ca. 5 Millionen Körperchen), sowie auf Krankheiten, insbesondere Anämie, Chlorose, Leuchämie, Infektionskrankheiten u. a., sowie auf Zählungen nach Anwendung von Medicamenten und nach gewissen experimentellen Eingriffen.

Um die Frage zu entscheiden, wie sich die Blutkörperchen im Fieber verhalten, mussten solche Krankheiten gewählt werden, in welchen das Fieber als hervorragendstes Symptom in den Vordergrund tritt, also die Intermittens und die Recurrens. Für die Intermittens (und die Malariakachexie) hatte insbesondere Kelsch eine sehr beträchtliche Verminderung der rothen, aber auch der weissen Blutkörperchen nachgewiesen, bei perniciösen Fiebern indessen eine beträchtliche Vermehrung der weissen Zellen.

Bei Recurrens sind bisher nur die weissen Zellen gezählt worden; man fand während der Anfälle beträchtliche Vermehrung derselben, die nur langsam sich ausgleicht; die rothen Blutkörperchen hat zuerst der Verf. gezählt — und zwar an den relativ kräftigsten seiner Recurrenskranken: In den Fieberanfällen sind die rothen Körperchen vermindert, am meisten während oder unmittelbar nach der Krise. — Auch in der Pneumonie sowie bei Intermittens und in einem Falle von schwerer

Anämie waren die rothen Körperchen während des Fiebers vermindert, die Zahl der meisten vermehrt.

Der Verf. gelangt zu dem Schlusse, dass in acut fieberhaften Krankheiten die Zahlen der rothen Blutkörperchen dem Gange der Temperatur entgegengesetzt, die der weissen dagegen demselben parallel gehen.

Wolffberg.

---

592. **Dr. Emil Schütz, Zur Casuistik der Hämorrhagien im Pons Varoli.** Mittheilungen aus der II. internen Abtheilung des Herrn Reg.-Rathes Prof. Halla. III. (Prager Med. Wochenschr. 1881. Nr. 37.)

Der vom Verf. mitgetheilte Fall ist deshalb von Interesse, weil die während des relativ langsam (in 29 Stunden) erfolgenden tödtlichen Ausganges beobachteten charakteristischen Symptome mit grosser Wahrscheinlichkeit die Lokalität der Blutung vermuthen liessen. Ohne Bewusstseinsverlust erfolgten bei einer 48jähr. Pat. plötzlich Erschwerung der Sprache, stertoröse Athmung, frequenter Puls, leichte Cyanose der Haut, leichte rechtsseit. Ptosis und erschwerte Rotation des Bulbus nach innen und abwärts, Verengerung beider Pupillen, Parese des l. Facialis im Mundgebiet, Abweichen der Zunge nach links, Parese der Extremitäten rechterseits. Keine Sensibilitätsstörung. Linksseitige Herzhypertrophie, keine Herzgeräusche. Trachealrasseln. Harn blass, 1008, enthält Eiweiss, keine Formelemente. Unter zunehmender Cyanose, Erbrechen grünlicher Flüssigkeit, Temperatursteigerung auf 39,2 erfolgt der Tod.

Aus folgenden Gründen wurde die klin. Diagnose auf Ponsblutung gestellt. Wechselständige Lähmung des Gesichts und der Extremitäten, die als eines der hervorragendsten Symptome bei Ponsherden gilt, wenn sie wie im vorliegenden Falle auf einmal eintritt, und nicht wie bei basalen Tumoren in der Gegend des Pons sich successive entwickelt. Hätte es sich dagegen um einen doppelseitigen Hemisphärenherd gehandelt, so hätte einer der Herde wegen der hochgradigen Respirationsstörung sehr umfangreich sein müssen. Ein solcher umfangreicher Herd war aber auszuschliessen, da gar keine Bewusstseinsstörung vorhanden und die Lähmung der einen Körperhälfte keine komplete war, da ferner Zeichen eines erheblich gesteigerten intracraniellen Druckes fehlten. Bei Mangel einer evidenten Erkrankung des Respirations- und Cirkulationsapparates musste also ein Herd in unmittelbarer Nähe des Athemcentrums (in der Med. oblong. oder im Pons) vermuthet werden. Als häufige Symptome bei Ponsherden werden ferner angeführt: Verengerung der Pupillen und Anarthrie (Leyden). Beides fand sich in dem angeführten Falle. Tumor, Embolie oder Thromben waren mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Dagegen gab die wegen der l. Herzhypertrophie, wegen des reichlichen,

blassen, eiweisshaltigen Harnes etc. anzunehmende Schrumpfniere einen Anhaltspunkt zur Annahme einer Hämorrhagie.

Die anatomische Diagnose lautete: „Renes granulati, Hypertrophia cord. sin. Pneumonia lobular. later. utriusque. Rigiditas arteriarum. Haemorrhagia pontis Varoli,“ bestätigte also die klinische Diagnose. Die Betheiligung einzelner Oculomotoriuszweige ist wohl als Fernwirkung anzusehen. — Ein bei der Sektion aufgefundenes Aneurysma der art. vertebralis sin. hatte trotz deutlicher Vertiefung der l. Hälfte der Med. oblong. bei Lebzeiten keine Symptome hervorgerufen, was sich nur durch langsame Grössenzunahme erklären lässt.

Stintzing (München).

---

593. **St. Romain-Vigouroux, Du traitement de la crampe des écrivains par la méthode de Wolff (de Francfort-sur-le-Main).** Ueber die Behandlung des Schreibekrampfes nach der Methode von Wolff. (Progr. médic. 1882, Nr. 3.)

Verf. theilt zwei Fälle von Schreibekrampf mit, in welchen, wie in fast allen Fällen dieser Krankheit, die verschiedenartigste Behandlung erfolglos blieb, bis Herr Wolff (aus Frankfurt am Main) die Behandlung übernahm. Dieselbe erfolgte unter der Controlle von Charkot und V., dauerte nur 15 Tage und bewirkte Heilung. Sie besteht theils in Gymnastik, theils in Massage (s. Genaueres im Original) und wird auch bei anderen Krampfformen (Krampf der Pianisten, Violinisten, Telegraphisten u. s. w.) von Wolff erfolglich angewendet.

E. Bardenhewer.

---

594. **Ch. Féré, La douleur dite ovarienne des hystériques a pour siège l'ovaire.** Der Sitz des sog. Ovarialschmerzes ist das Ovarium. (Prog. médic. 1882. Nr. 3.)

Geburtshelfer, insbesondere Dancan, haben bezweifelt, dass die Ovarien durch die Palpation erreicht werden könnten, und dass dieselben den gewöhnlichen Sitz des hypogastrischen Schmerzes der Hysterischen einnähmen. Diese Zweifel zerstört Féré durch eine Beobachtung, welche er mit Budin an einer Hysterischen anstellte. Dieselbe war, nachdem sie schon früher in der Salpetrière gewesen, in der letzten Zeit der Schwangerschaft und während der Geburt, der Gegenstand der genausten Untersuchung. Es gelang, deutlich nachzuweisen, dass entsprechend den Lageveränderungen, welche die Ovarien während der Schwangerschaft und vor und nach der Geburt erleiden, der Sitz des sog. Ovarialschmerzes wechselte und es gelang ferner, an den Stellen des Schmerzes die Ovarien zu palpiren.

E. Bardenhewer.

---

595. **Lesser, Beiträge zur Lehre vom Herpes zoster.** (Virch. Arch. Bd. 86, S. 391.)

Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete und post mortem untersuchte Fälle von Herpes zoster. Der erste betraf einen 50jährigen Mann, der an Phthise zu Grunde ging und der 26 Tage vor seinem Tode einen bläschenförmigen Ausschlag in der rechten Schultergegend bekam, welcher sich nach vorn und hinten bis an die Mittellinie des Körpers ausbreitete. Hier fand sich das vierte Ganglion rechts verändert. Es lag nämlich an seiner Hinterfläche ein undurchsichtig weisslicher Heerd, der durch einen schmalen, schwachgelblichen Streifen von dem normalen Gewebe getrennt war. Dieser Heerd bestand wesentlich aus dicht gehäuften, stark verfetteten Zellen und in seinem Bereich sind die nervösen Bestandtheile sowie die Ganglienzellen fast völlig zerstört. In der schmalen trennenden Zone ist eine geringe Zelleninfiltration, aber eine reichliche Pigmentirung bemerkenswerth. Offenbar haben wir es hier mit den Ausgängen einer Entzündung eines Theiles jenes Ganglions zu thun, welches genau dem erkrankten Hautbezirke entspricht. Der zweite Fall betraf eine Frau, die einen Herpes im Bereich des achten und neunten linken Intercostalnerven aufwies. Sie starb an phthisischen Processen der Lungen, wobei die pleuritischen Veränderungen im linken Unterlappen am stärksten waren. Der Herpes war 9 Tage vor dem Tode aufgetreten. Das achte Ganglion links fand sich nun zu einem Drittel mit zahlreichen verfetteten Zellen durchsetzt, die besonders dicht in der Umgebung der Ganglienzellenhaufen lagen, und ausserdem war dieser veränderte Bereich von sehr erweiterten Blutgefässen durchzogen und mit umfangreichen Blutergüssen durchsetzt. Die von dem veränderten Gewebe eingeschlossenen Ganglienzellen sind ebenfalls, zum Theil fettig, degenerirt, und ebenso sind die Nervenfasern vielfach verändert. Das neunte Ganglion zeigte in geringerem Maasse die gleichen Veränderungen. Die Befunde in diesen beiden Fällen stimmen überein mit bisherigen Beobachtungen über Veränderungen von Ganglien mit zugehörigem Herpes. Im zweiten Falle durfte wohl der Process als fortgeleitet angesehen werden von der erkrankten linken Pleura auf die dicht unter ihr gelegenen Ganglien.

Die Veränderungen der Haut beginnen nach den Beobachtungen des Verf. im zweiten Falle mit Wucherung des Epithels, mit rückgängigen Metamorphosen der Epithelien und Lockerung ihres Zusammenhanges, die dann zu grösseren Trennungen und Ansammlungen von Sekret Veranlassung geben.

Zum Schluss führt Verf. noch zwei Fälle von Zoster an, in welchen die Hautveränderung sich anschloss an Kyphoscoliosen der Wirbelsäule und in welchen der Herpes entsprechend dem an der stärksten Krümmungsstelle der Wirbelsäule gelegenen Ganglion ausgebildet war.

Ribbert.

596. **Rosner** (Krakau), **Ueber Lungensyphilis.** (Przeglad lekarski 1881. Nr. 32, 33, 34, 35. polnisch.)

Aus dem auf der III. Aerzte-Versammlung in Krakau gehaltenen Vortrage des Verfassers entnehmen wir Folgendes:

Syphilitische Lungenerkrankungen treten nach Verf.'s Erfahrung nur in späten Stadien der allgemeinen Syphilisinfection auf. Schnitzlers Angabe, dass im frühen Stadium der Syphilis eine catarrhalische Bronchitis oder eine syphilitische catarrhalische Pneumonie auftreten kann, fand Verf. in keinem seiner Fälle bestätigt und hält dergleichen Vorkommnisse für zufällige von einander unabhängige Erkrankungen. Der syphilitischen Lungeninfiltration geht Wochen, auch Monate lang ein Catarrh der mittleren Bronchien voraus, begleitet von einem schweren Husten mit spärlichem Auswurf und (fast immer) einer mehr weniger schweren Athemnoth (sog. Asthma syphiliticum). Die Athemnoth hängt von syphilitischen Veränderungen in grösseren Bronchien ab und das Missverhältniss zwischen der gewöhnlich bedeutenden Intensität der Athemnoth und den Auskultationsergebnissen beweist schon in der Regel, dass das Asthma kein catarrhalisches ist. Die syphilitische Lungeninfiltration begleiten oder gehen ihr auch oft voraus syphilitische Infiltrate in der Bronchienwand, vornehmlich in der submukösen und muskulären Schichte, wodurch nicht nur die Bronchienwand verdickt und das Lumen verengt werden, sondern auch die Contractilität der Bronchialmuskeln beeinträchtigt wird; dies erklärt die Athemnoth.

In einem Falle mit hochgradiger und dominirender Athemnoth erwies die Section narbige Stenose des untersten Theils der Trachea und des rechten Bronchus, dessen Lumen bis auf nur 3 mm im Durchmesser verengt war; ausserdem schwielige Schrumpfung der Lungenspitzen.

Die syphilitische Affection tritt in den meisten Fällen in der rechten Lunge auf, wobei der mittlere Lappen durchaus nicht der prädilektirte ist, wie es gewöhnlich angegeben wird. Ueber dem Lungeninfiltrate fand Verf. gewöhnlich den Perkussionsschall stark gedämpft, die Auskultation ergab unbestimmtes In- und Exspirium, oft auch mittel- und grossblasige Rasselgeräusche; Bronchialathmen, klingende Rasselgeräusche und verstärkten Pectoralfremitus fand Verf. niemals. Die physikalische Untersuchung allein reicht für die Diagnose der Lungensyphilis nicht aus, sondern dieselbe muss sich aus allen, sowohl subjectiven als objectiven Symptomen und ihrer kritischen Sichtung ergeben.

Besonders müsse man bei der Diagnose achten:

1. Auf das Auftreten eines Infiltrates, gewöhnlich in der rechten Lunge, im späten Stadium der allgemeinen Syphilis.

2. Auf die in anderen Organen vorfindlichen frischen Veränderungen oder Spuren einer vorausgegangenen Syphilisinfection.

3. Auf den Catarrh grösserer Bronchien mit schwerem Husten und Athemnoth, die der syphilitischen Lungenerkrankung vorausgeht und dieselbe begleitet.

4. Auf die physikalischen Symptome eines Lungeninfiltrates mit starker Dämpfung, aber ohne ausgesprochene Consonanzerscheinungen.

Die physikalischen Symptome der syphilitischen Lungenaffection entsprechen in vielen Punkten denen einer chronischen interstitiellen Lungenentzündung.

5. Auf die Apyrexie und ruhigen Puls, oder wenigstens unbedeutende Fieberbewegungen.

6. Auf das seltene Vorkommen von Lungenblutungen.

Der Schluss ex juvantibus ist als unwissenschaftlich und trüglich nicht herbeizuziehen.

Smolenski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

597. **Nothnagel, Zur Klinik der Darmkrankheiten.** (Zeitschrift f. klin. Medic. 1882. IV, p. 223.)

II. Abtheilung [1]).

Verf. betont zunächst, wie wichtig es sowohl in theoretischer Beziehung, wie für die Behandlung sei zu wissen, welcher Darmabschnitt von einer katarrhalischen Erkrankung ergriffen ist und erörtert die Frage, ob überhaupt auf einzelne Abschnitte beschränkte Darmkatarrhe vorkommen. Für Colon und Rectum ist diese Frage unbedingt zu bejahen, betreffs des Dünndarms sind die Ansichten getheilt.

N. gibt zu, dass auf den Dünndarm ausschliesslich beschränkte Katarrhe sehr selten sind, aber doch sicher vorkommen, dagegen gibt es sowohl Fälle, wo bei acutem Magenkatarrh der obere Dünndarmabschnitt mit leidet, als auch solche chronische Katarrhe des Jejunum-Ileum, wo der Process scharf mit der Bauhini'schen Klappe abschneidet; — weit häufiger freilich sind die Fälle, wo neben dem Dünndarm auch der Dickdarm ergriffen ist, letzterer jedoch in so geringer Intensität und Extensität, dass dessen Erkrankung im klinischen Bilde gar nicht zur Geltung kommt. Verfasser sucht nun mit Uebergehung der allbekannten Verhältnisse einige neue klinische Anhaltspunkte aufzustellen und einige andere aber unklarere zu erörtern, aus denen es ermöglicht wird, die Localisation der katarrhalischen Erkrankungen auf einzelne Abschnitte des Dick- und Dünndarms zu bestimmen.

Einen bedeutenden Factor bildet hierbei das Verhalten der Stühle und darunter:

a) der Schleim: Verf. stimmt mit der früheren Anschauung (Leube) überein, dass die Entleerung reinen Schleimes ohne Beimengung von Koth auf einen Katarrh des Mastdarms hinweist, fügt aber bei, dass dieser Schleim auch aus dem S. romanum und untern Colon descendens stammen kann. Die Einhüllung fester Kothballen im Schleim bezieht N. (entgegen andern Anschauungen) blos auf Entzündung des Rectum und untern Colon etwa bis zur Flexura lienalis,

---

1) Vergl. dieses Centralblatt II, p. 265.

während für die oberen Abschnitte des Colon andere Verhältnisse bestehen.

Eine ganz dünne Schicht Schleims auf einer umfänglichen Kothsäule weist an und für sich nicht auf einen wirklich katarrhalischen Zustand des Darms hin, während wenige und kleine mit Schleim überzogene Kothballen einen Katarrh des Colon und Mastdarm annehmen lassen; — dagegen kommt es auch vor, dass trotz starken chronischen Katarrhs in Rectum und Colon descendens mit beträchtlicher Schleimbildung der Stuhl nicht immer mit Schleim überzogen ist, da derselbe oft von sehr zäher Consistenz ist und ziemlich fest an der Schleimhaut haftet; — man darf somit nicht ohne Weiteres wegen mangelnder Schleimeinhüllung der Scybula einen chronischen Katarrh des untersten Dickdarmabschnittes ausschliessen.

Ein anderes Verhalten zeigen die Stühle bei Katarrhen des oberen Dickdarms; — Verfasser kommt dabei zu folgendem Schlusse: „Hyaline und mikroskopisch nachweisbare Schleimklümpchen mit dem festen und breiig festen Kothe innig gemischt, ohne makroskopisch sichtbaren Schleim, weisen auf Katarrh des oberen Dickdarms — ohne Betheiligung von dessen untern Abschnitten — bezw. des Dünndarms hin.“

Bei Katarrh des ganzen Dickdarms und Mastdarms bis hinauf zur Ileocöcalklappe, mit Freibleiben des Dünndarms, kommt es auch vor, dass die Dejectionen schmierig-dünnbreiig sind — dieselben sind dann innig durchmengt mit Schleim in kleinen Fetzchen, welche auch mikroskopisch hinlänglich erkennbar sind. — Vom blosen Katarrh des Rectum und Colon descendens unterscheiden sich diese Stühle durch die innige Mengung von Schleim und Fäcalmassen.

Eine innige Mengung von Koth und hyalinen Schleiminseln weist auf einen Katarrh des obern Dickdarms und untern Dünndarms hin. — Störungen in diesem Verhalten können bedingt sein durch schwere dyssenterische, bis zur Klappe hinaufreichende Dickdarmerkrankungen, wobei nur eitriger Schleim entleert wird, oder bei hochgradiger ulceröser Dyssenterie, wobei die Schleimbildung bis aufs Aeusserste reducirt ist, so dass davon im Stuhl nichts zu finden ist.

Die Frage, ob bei blosem Dünndarmkatarrh nur Schleim in besagter Form im Stuhl vorhanden sein muss, lässt N. offen, da Fälle von reinem Jejuno-Ileumkatarrh ohne Mitbetheiligung des obern Colon sehr selten sind und noch seltener zur Section kommen.

Die sog. Sagokornähnliche Form des Schleims, welche auf katarrhalisch-ulceröse Localisation im Dickdarm bezogen wird, hat N. nie gesehen und hat sie bei dyssenterischen Ulcerationen, wo sie am häufigsten vorkommen soll, stets vermisst.

b) der Gallenfarbstoff. Das wichtigste Ergebniss in dieser Beziehung ist, dass bei ganz gesundem Darm und unter Verhältnissen, welche keine Verstärkung der Dünndarmperistaltik annehmen lassen, fast immer schon oberhalb der Bauhini'schen Klappe, sicher aber dicht unterhalb derselben, die charakteristische Gmelin'sche Probe (Salpetersäurereaction auf Gallenfarbstoff) nicht mehr erzielt werden kann, da die Galle bereits im Dünndarm schon erhebliche Umsetzung erfährt.

Gallenpigmentreaction in den obern Partieen des Dickdarms bis zur Flexura coli hepatica und bis zum Ende des Colon transversum,

wie sie bisweilen bei der Leiche gefunden wird, ist im Leben nicht feststellbar und für die Diagnose daher ohne Bedeutung. — „Wenn dagegen typische Gallenpigmentreaction an den Dejectionen oder wenigstens an einzelnen Bestandtheilen derselben nachweisbar ist, dann würde man daraus auf eine pathologische Peristaltik im ganzen Dickdarm und im untern Dünndarm schliessen können, und je nach der sonstigen Beschaffenheit der gallig pigmentirten Theile blos auf vermehrte Peristaltik oder auf Katarrh des Dünndarms mit solcher."

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Gallenpigmentreaction entweder diffus durch den Stuhl gehen, oder an einzelnen Bestandtheilen haften kann, und in letzterer Beziehung ist von Wichtigkeit, klarzustellen, welche Bestandtheile in normalen Stühlen gallig pigmentirt und welche stets ungefärbt sind. Gelbfärbung durch Galle zeigen in normalen Stühlen: 1) Muskelfasern und deren Bruchstücke; 2) das in der ersten Abtheilung beschriebene Kalksalz, dessen Säure noch unbestimmt ist; 3) Hefezellen; 4) zuweilen Pflanzenbestandtheile; 5) amorphe Körnchen und Klümpchen, Detritusmassen, die wohl aus der Nahrung stammen.

Stühle, welche deutliche Gallenpigmentreaction geben, sind meistens dünnbreiig. — Ziemlich selten gibt ein Stuhl durchweg Gallenpigmentreaction — am meisten bei Enteritis acuta infantum —, erheblich viel seltener bei schweren Dyssenterieen Erwachsener, doch wurde sie hier seltener beobachtet, wie bei den wässerigen Entleerungen bei Typhus exanthematicus.

Weit häufiger bemerkt man pathologische Gallenbeimengung in einzelnen Partieen von festen, breiigen oder dünnflüssigen Stühlen und zwar ist es dann hauptsächlich der entweder isolirt auftretende oder mit Fäcalmassen gemischte Schleim, an dem das unveränderte Gallenpigment haftet.

Vielfältig kommt auch neben glasigem Schleim, der keine Gallenpigmentreaction gibt, solcher vor, der diese Reaction in ganz charakteristischer Weise darbietet; ersterer stammt aus dem Dickdarm, letzterer aus dem Dünndarm.

In allen Fällen von Gallenpigmentreaction des Schleimes im Stuhle konnte auch in der That bei tödtlich verlaufenden Fällen durch die Section eine katarrhalische Affection des Jejunum und Ileum nachgewiesen werden. — Ein Dünndarmkatarrh mit gesteigerter Peristaltik genügt jedoch allein nicht, um die Gallenpigmentreaction des Stuhles zu ermöglichen, es ist dazu noch eine rasche Fortbewegung des Inhalts durch den Dickdarm erforderlich, welche unter den in Rede stehenden Verhältnissen wohl ebenfalls auf katarrhalische Zustände zurückzuführen sein dürfte.

Da nun aber trotz bestehendem Dünn- und Dickdarmkatarrh die Gallenpigmentreaction fehlen kann, so sind zum Auftreten derselben noch folgende Bedingungen erforderlich:

1) Der ganze Dickdarm muss mehr oder weniger stark ergriffen sein, die vermehrte Peristaltik durch die ganze Länge desselben sich fortsetzen.

2) Der Katarrh muss mehr acut sein und mehrere Entleerungen in 24 Stunden veranlassen. — Bei chronischen Katarrhen trifft man

das Gallenpigment selten, höchstens an kleine Schleimkörner gebunden; was sich daraus erklärt, dass bei chronischen Katarrhen die Peristaltik gar nicht, oder nur ganz unerheblich gesteigert ist.

Auch Cylinderepithelien finden sich zuweilen gallig pigmentirt im Stuhle, die diagnostische Bedeutung derselben ist die gleiche, wie die des Schleims. Die Aufnahme des Gallenpigments in dieselbe geschieht schon im Dünndarm und zwar, wie anatomische Untersuchungen lehren, erst nach deren Abstossung von der Schleimhaut; Epithelien, die intra vitam festsassen und erst post mortem abgestossen wurden, zeigen keine Gallenpigmentreaction.

Unter denselben klinischen Verhältnissen finden sich ferner auch gallig gefärbte kleine Rundzellen von der Grösse der Eiterkörperchen und endlich, aber seltener, intensiv gallig-gelbgefärbte Fetttropfen.

c) Nahrungsbestandtheile: Der Versuch, das Vorhandensein von Nahrungsbestandtheilen in den Stühlen diagnostisch zu verwerthen, gründet sich auf die Thatsache, dass der Inhalt des Jejunum reichlicher mikroskopisch nachweisbare Nahrungsbestandtheile enthält als das Colon descendens. — Dahin zielende Untersuchungen einzelner Muskelfasern kommen, da sich stets solche in den kranken Stühlen finden, nur dann in Betracht, wenn die Menge derselben ausser allem Zweifel ganz erheblich gesteigert ist. — Dickdarmkatarrhe kommen dabei nicht in Frage, da die physiologischen Vorgänge in diesem Darmschnitt für die Muskelfasern nur von geringer Bedeutung sind. — Für den Dünndarm muss man zwischen Katarrh und vermehrter Peristaltik unterscheiden, ausserdem kommt auch in Betracht die durch irgend welche Bedingungen beeinflusste, mehr oder weniger mangelhafte Verdauung.

Das Ergebniss einer Reihe von Erörterungen dieser Frage ist folgendes: 1) Bei bestehendem Fieber lässt das Erscheinen von unverdauten Muskelresten im Stuhl gar keinen Schluss auf Dünndarmaffection zu. 2) Abnorme Muskelmengen können, ohne Fieber und Dünndarmkatarrh, erscheinen, sobald aus irgend einem Grunde die Peristaltik des Darmes verstärkt ist. 3) Trotz Dünndarmkatarrh braucht die Muskelmenge nicht vermehrt zu sein, sobald die Frequenz der Entleerungen nicht gesteigert ist. 4) Wenn kein Fieber besteht, oder bestimmte Symptome auf bestehenden Katarrh hinweisen und wenn dann abnorme Muskelmengen im Stuhl gefunden werden, nur dann kann man aus diesen letzteren mit Wahrscheinlichkeit auf einen bestehenden Dünndarmkatarrh schliessen.

Bezüglich der Stärke ist deren diagnostische Bedeutung für die Localisation der Prozesse wesentlich die gleiche, wie bei den Muskelfasern; — das Erscheinen reichlicher Mengen besonders wohlerhaltener Stärkekörner deutet auf eine noch energischere Darmperistaltik hin, als die Muskelfasern.

Das Fett in den Stühlen ist für die Localisation der Darmaffectionen von sehr geringem Werth. — Das Vorkommen desselben ist hauptsächlich abhängig von der Zufuhr; von der Function der Leber und des Pankreas. Anatomische Veränderungen in Folge von Dünn-

darmkatarrh oder Peristaltik beeinflussen nicht wesentlich die Resorption des Fettes.

Eine weitere Frage, die N. anregt, ist:

Ergibt die physikalische Untersuchung des Leibes zuverlässige Anhaltspunkte für die Localisation katarrhalischer Zustände?

Mehrfache Untersuchungen darüber ergaben nur dürftige Resultate. Verfasser kommt zu dem Schlusse:

a) dass die Auscultation für die Localisation katarrhalischer Prozesse im Darm nur wenig Bedeutung hat;

b) dass die Percussion noch weniger Ausbeute liefert;

c) bessere Anhaltspunkte liefert die Palpation: da jedoch diese Verhältnisse allbekannt sind, beschränkt sich Verf. auf die Besprechung des Druckschmerzes, welcher auf Betheiligung des Darmabschnittes schliessen lässt, der der schmerzhaften Stelle entspricht, und des Gurrens, welches das Vorhandensein von Gas und Flüssigkeit voraussetzt und von diagnostischer Bedeutung ist, wenn es über solchen Darmabschnitten erscheint, die normaliter festen Inhalt haben sollten, wie z. B. die Ileocöcalgegend.

In einer weiteren Frage, ob aus dem Indicangehalt des Urins für die Localdiagnose der Darmaffectionen sich etwas entnehmen lässt, kommt N. zu dem Schlusse, dass nach seinen bisherigen Erfahrungen dem Mangel oder der Vermehrung des Indicans keine erhebliche diagnostische Bedeutung für die Localisation der Darmkatarrhe beizumessen sei.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

598. **E. Eckstein, Albuminurie bei acuten fieberhaften Krankheiten, insbesondere über die febrile Albuminurie.** Aus der Klinik von Leyden. (Deutsche Wochenschrift. 1881. Nr. 49.)

Verf. unterscheidet drei Arten der Eiweissausscheidung im Verlaufe fieberhafter Krankheiten. 1) Albuminurie bedingt durch acute Nephritis. 2) Die eigentliche febrile Albuminurie. 3) Albuminurie bedingt durch hochgradige Stauung im Venensystem. — Den bis jetzt aufgestellten Theorieen schliesst sich Verf. nicht an; es deuten nach E. alle Erscheinungen darauf hin, dass es sich bei der febrilen Albuminurie (was Leyden schon oft hervorgehoben hat) um eine abortive Form der acuten Nephritis, vielleicht hervorgerufen durch inficirende parasitäre Organismen oder durch phlogogene Wirkung gelöster, die Nieren passirender Giftstoffe handelt. Die acute infectiöse Nephritis und die febrile Nierenaffection sind demnach nur verschiedene Grade desselben Processes.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

599. **M. Weiss, Zur Kenntniss des Asthma uraemicum und zur Berechtigung einer Annahme desselben.** (Zeitschr. f. Heilkunde Bd. II, H. 1. 1881.)

Verf. glaubt, dass in sehr vielen Fällen von Asthma uraemicum, bei denen ein Grund für eine mechanische Erklärung nicht vorliege, eine Reizung des Athemcentrums, des Krampfcentrums (vielleicht in manchen Fällen auch noch anderer) durch die im Blut bei mangelhafter Eliminirung des Harnstoffs angehäuften Excretionsstoffe anzunehmen sei. Diese Annahme illustrirt Verf. durch mehrere genau beobachtete Fälle.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

600. **Hlava und Thomayer, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Morbus Brightii.** (Zeitschr. f. Heilkunde Bd. II, H. V. 1881.)

Verf. halten nach ihren Untersuchungen folgende Schlüsse für zulässig. 1) Es kommt im Verlaufe von Nephritis (sowohl acuter als chronischer) nicht selten eine echte Gastritis interstitialis vor. — 2) Es ist nicht möglich den Nachweis zu liefern, dass Uraemie resp. andere von Nephritis abhängige Veränderungen die Ursache dieser Gastritis bilden. Möglicherweise hat die Gastritis mit den Nephritiden denselben Entzündungserreger gemein, doch ist es nicht möglich, hierüber präcise Angaben zu machen. — 3) In mehreren Fällen, in denen während des Lebens keine dyspeptischen Beschwerden beobachtet wurden, fanden sich keinerlei Veränderungen der Schleimhaut vor, es ist daher wahrscheinlich, dass manche im Verlauf von Nephritis vorkommende Dyspepsien Gastritis interstitialis als Ursache haben.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

601. **H. Quincke, Albuminurie nach Blutverlust.** (Deutsch. Arch. für kl. Medicin XXX. S. 398.)

Ein 33 jähriger Kutscher erkrankte eines Morgens plötzlich mit heftigem Blutbrechen, und erlag in der Nacht in Folge eines zweiten grösseren Blutverlustes. Ein nach dem Oesophagus perforirendes Aortenaneurysma ergab sich als die Ursache der Blutungen. Der wenige Stunden vor dem Tod gelassene Harn war stark eiweisshaltig und enthielt hyaline hie und da mit Rundzellen besetzte Cylinder. Die macroscopische und microscopische Untersuchung der Nieren ergab nichts pathologisches.

Eine Erklärung dieser Albuminurie sieht Q. in Uebereinstimmung mit Fischel (S. d. Centralbl. 1881. Ref. 369) in der plötzlichen Herab-

setzung des Blutdrucks. Die Albuminurie kann dabei entweder durch Ernährungsstörungen der Nierenepithelien zu Stande kommen, oder das durch die Nieren filtrirende Eiweiss werde von den plötzlich in das Blut diffundirenden Gewebsäften geliefert, die anderweitige die Nieren reizende Stoffe enthalten können.

Hindenlang.

602. **H. Kowalski** (Tarnow), **Ueber den Nutzen des Apomorphin in der Pneumonie.** (Przeglad lek. 1881. Nr. 39. polnisch.)

Verf. wandte das Apomorphin bei 35 Lungenkranken an, unter denen 20 an catarrhalischer, 8 an croupöser Pneumonie und 7 an acuter Bronchitis litten. Bei Säuglingen wurde das Medicament 0,01 auf 200,0 aqu., alle 2 Stunden 1 Kaffeelöffel, bei Erwachsenen 0,04 —0,05 auf 200,0 aqu. Esslöffelweise verabreicht. Um dem Auftreten von Muskelparese vorzubeugen, gab Verf. seinen Patienten gleichzeitig entsprechende Dosen Wein. Bei solcher Verabreichungsweise erwies sich das Apomorphin als sehr wirksames Expectorans, ohne irgend einmal unangenehme Nebensymptome hervorzurufen. Seine Wirkung bezieht Verf. auf die Beeinflussung der Contractilität der Bronchialmuskeln und ist geneigt das Apomorphin den Alkalien deshalb vorzuziehen, da dasselbe, besonders wenn es mit etwas Salzsäure verabreicht wird, die Alkalescenz des Blutes nicht erhöht und das Bronchialsecret nicht verflüssigt. Von den 35 mit Apomorphin behandelten Fällen verlief nur 1 Fall letal und zwar ein 1 ½ jähr. Kind, bei dem sich während der Dentition eine beiderseitige Lungenentzündung entwickelt hatte. Verf. glaubt, dass das Apomorphin als Expectorans eine ausgebreitetere Anwendung verdiene, als es bis dahin geschehen.

Smolenski (Ernsdorf i. Schlesien).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **10. Februar.** **Nro. 45.**

603. L. **Güterbock, Der Gesundheitszustand der Maschinisten der Berlin-Anhaltischen Eisenbahn.** (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspfl. 1882. XIV. 156—172.)

Im Auftrage der Berlin-Anhaltischen Eisenbahngesellschaft hat der Vf. sämmtliche in deren Diensten befindliche Maschinisten (Führer und Heizer) zunächst auf ihr Hörvermögen, sodann auf ihre Sehkraft, ihr Allgemeinbefinden, schliesslich bezüglich der von Rigler neuerdings aufgestellten, den Locomotivführern eigenthümlichen, professionellen Krankheit untersucht.

I. Moos (Heidelberg) war zu dem Resultate gekommen, dass bei Locomotivführern und Heizern bald früher, bald später eine Erkrankung des Gehörorgans mit bedeutender Verminderung der Hörschärfe durch die Ausübung ihres Berufes sich ausbildet. Dies wird, wie schon früher durch die auf der Niederschlesisch-Märkischen Eisenbahn angestellten Untersuchungen (Schwabach und Pollnow), so neuerdings durch den Verf. bestätigt. Er fand unter 108 Locomotivführern bei ca. 20 %, unter 74 Heizern bei ca. 7 % das Hörvermögen

mehr oder minder verringert. Hierbei ergab sich, dass der Prozentsatz der Schwerhörigen mit dem Dienstalter zunimmt; unter den 15—20 Jahre im Dienste Gestandenen waren 32%, unter den noch Aelteren über 50% schwerhörig. Als Ursache will der Verf. die grellen und complicirten Geräusche in der Umgebung der Maschinisten nur für einzelne Fälle gelten lassen; meistens schien die Ohrkrankheit (in fünf specialistisch untersuchten Fällen fanden sich dreimal chronisch-katarrhalische Entzündung der Paukenhöhlenschleimhaut, zweimal Residuen von Entzündungen des Mittelohrs) von einem Nasen- und Rachenkatarrh auszugehen. Dem von Moos aufgestellten Satze, dass diese erworbene Schwerhörigkeit mit Rücksicht auf die Signalordnung gefährlicher erscheine als die Farbenblindheit, kann Verf. ebenso wenig wie Schwabach und Pollnow zustimmen. Bei Befolgung der Signalordnung habe der Maschinist sich fast allein auf sein Auge zu verlassen; die akustischen Signale würden hinlänglich durch optische unterstützt, so dass Locomotivführer und Heizer zur Ausübung ihres Berufes vollkommen ausreichend hörten, so lange sie einer Unterhaltung in gewöhnlicher Sprechweise folgen könnten.

II. Bei Untersuchung der Augen der 182 Maschinisten fanden sich bei zehn abnorme Verhältnisse: einmal grauer Staar auf einem Auge; einmal Conjunctivitis mit normaler Sehschärfe; bei acht Leuten war das Sehvermögen (Prüfung mittels der Schweigger'schen Probe) unter der Norm; doch erkannten 6 von diesen die optischen Telegraphen- und Weichensignale vollkommen gut, zwei nur mangelhaft, welche letztere wie der Staarkranke vom Dienste suspendirt wurden. — Verf. verlangt alljährliche Untersuchung der Augen des Maschinenpersonals.

III. Verf. rechnet (wie auch Hirt) die Maschinisten trotz des anstrengenden Dienstes zu der gesundesten Klasse von Eisenbahnbediensteten. Zum Beweise bringt Verf.

1. Angaben über die Anzahl der bisherigen Erkrankungen unter dem untersuchten Personal bei. Von den 182 Leuten waren 120 ein- oder mehreremal erkrankt gewesen: 78 Führer im ganzen 240 mal, 42 Heizer 81 mal. Da sich aber die Dienstjahre sämmtlicher Führer und Heizer auf über 1700 Jahre summirten, so berechnete sich eine Erkrankung auf 5 bis 5½ Dienstjahre eines Maschinisten.

2. Den gegenwärtigen allgemeinen Gesundheitszustand betreffend, äusserten 22 (von 182) Maschinisten verschiedenartige Beschwerden; von diesen hatten mehr als die Hälfte eine mehr als fünfzehnjährige Dienstzeit zurückgelegt.

3. Von dem seit Gründung der Eisenbahn pensionirten Locomotivpersonal — 29 Personen — hatten 21 ein Dienstalter von mehr als 15 Jahren erreicht; von den übrigen acht waren wenigstens drei wegen solcher Krankheiten pensionirt, die sicher nicht durch den Dienst hervorgebracht waren. Ueberhaupt war ein grosser Theil der behufs Pensionirung angeführten Krankheiten nicht oder wenigstens nicht direkt durch den Locomotivdienst veranlasst worden.

4. Von den 20 während der Dienstzeit Verstorbenen waren 12 länger als 15 Jahre im Dienste gewesen, 5 weniger als 10 Jahre. Von den Todesursachen konnte ein beträchtlicher Theil nicht in Connex mit dem Dienste gebracht werden.

IV. Nach den Beobachtungen von Rigler ist der Beruf des Maschinenpersonals ein besonders consumirender und führt relativ frühzeitig Invalidität herbei; diese letztere werde zumeist bedingt durch eine Irritation der Nervencentra, in welcher recht eigentlich die professionelle Krankheit des Maschinenpersonals bestehe. Den Zahlen Rigler's stellt der Verf. die eigenen gegenüber, welche ihm beweisen, dass diese Schlussfolgerungen nicht zutreffen. Insbesondere hat der Verf. sich von der Existenz der von R. beschriebenen professionellen Krankheit nicht überzeugen können; unter den acht von R. selbst angeführten Fällen (mit einer Dienstzeit von 22—40 Jahren), in welchen wegen „Irritation der Nervencentra“ die Pensionirung erfolgte, war dreimal heftiger Schreck die Veranlassung der Krankheit gewesen; es bliebe somit eine zu kleine Anzahl von Fällen übrig, um hieraus die professionelle Maschinistenkrankheit abzuleiten. Unter den vom Vf. untersuchten pensionirten Maschinisten fand sich keiner, der das von R. geschilderte Krankheitsbild geboten hätte; von den im Dienste befindlichen hatten aber nicht wenige, insbesondere ältere, Beschwerden, welche als Zeichen von Uebermüdung (Schwäche, Schwere, Zittern der Beine; Kreuzschmerzen; Aufregung, Schlaflosigkeit) aufzufassen waren. Diese Erscheinungen schwinden wieder nach gepflogener Ruhe. Sie sind, wie der Verf. sagt, zwar ohne Zweifel auf eine Reizung der Nervencentra zu beziehen. Da aber jede Thätigkeit den Körper mehr oder minder ermüde, so müsse er dagegen Verwahrung einlegen, die obigen Erscheinungen als professionelle Maschinistenkrankheit zu bezeichnen.

Wolffberg.

---

604. **Guelliot, Note sur deux cas d'ataxie locomotrice chez des ouvrières travaillant à la machine à coudre.** Bemerkungen über 2 Fälle von Tabes bei Arbeiterinnen an der Nähmaschine. (L'Union méd. 1882. Nr. 2 und 4.)

Die Fälle betreffen 2 Frauen im Alter von 28 und 34 Jahren. Beide stammen aus neuropathisch belasteten Familien, haben an Hysterie gelitten und seit vielen Jahren täglich 10—12 Stunden an der Nähmaschine gearbeitet. Bei beiden hat das Leiden mit blitzartigen Schmerzen in den Füssen angefangen, welche sich allmählich auf die Unter- und Oberschenkel, dann auf den Rumpf erstreckten; bei Beiden hatte die Krankheit also einen von der Peripherie zum Centrum fortschreitenden Charakter. Erst 9 resp. 11 Jahre nach Beginn des Leidens zeigten sich die Symptome der Ataxie und Störungen der Sensibilität etc. Bezüglich der Einzelheiten des Stat. praesens bei der Aufnahme ins Hospital muss auf das Original verwiesen werden; dieselben waren derart, dass nach G. die Diagnose der Tabes unzweifelhaft war. Bei beiden trat Besserung ein bei vollständiger Bettruhe, dem Gebrauch von Douchen

und Schwefelbädern und der Darreichung von 2 gr Bromkali pro die, in dem einen Fall vorübergehend, da die betreffende Pat. sich zu früh der Behandlung entzog, in dem andern dauernd.

Verf. erwähnt die Seltenheit der Tabes beim weiblichen Geschlecht und bespricht dann die Pathogenese des Leidens in den vorliegenden Fällen. Da bei keiner der beiden Kranken syphilitische Symptome zu constatiren waren, so unterliegt es nach ihm keinem Zweifel, dass die Ursache in der anhaltenden Beschäftigung an der Nähmaschine zu suchen ist. Er stellt die darauf bezüglichen Angaben verschiedener Autoren aus der Literatur zusammen, referirt über einen von Topinard beobachteten Fall eines Holzdrechslers, der an Tabes erkrankt war und bei dem die ersten Symptome des Leidens in dem bei der Arbeit vorzugsweise thätigen Beine auftraten und erinnert an die Häufigkeit der Tabes bei Personen, welche ihre unteren Extremitäten viel anzustrengen gezwungen sind, z. B. bei Scheerenschleifern und Briefträgern. Sodann erörtert er die Art und Weise, wie er sich die Entstehung der Tabes durch die Arbeit an der Nähmaschine denkt. Er legt weniger Gewicht auf die dabei zuweilen stattfindende sexuelle Erregung, welche Lecaisne bei 335 an der Nähmaschine arbeitenden Frauen nur 68 mal constatiren konnte. Die von G. beobachteten Kranken hatten an Maschinen gearbeitet, welche mit beiden Füssen getreten werden mussten; die eine hatte dabei niemals geschlechtliche Reizungen verspürt, bei der andern, welche überhaupt in venere excedirt zu haben zugab, war dies zuweilen der Fall gewesen. Ebenso wenig glaubt G., dass der fortwährende Contact der Füsse mit den kalten metallenen Trittvorrichtungen von Einfluss gewesen ist, da die Füsse durch ihre Bekleidung gegen die Einwirkung der Kälte hinlänglich geschützt seien. Dagegen ist er der Ansicht, dass die zitternde Bewegung der Füsse bei der Arbeit Erschütterungen des Rückenmarks hervorruft, welche trotz ihrer Geringfügigkeit durch die stete Wiederholung Circulationsstörungen und entzündliche Veränderungen verursachen. Als Beweis führt er die gute und rasch eintretende Wirkung der Behandlung an, bei welcher er das Hauptgewicht auf die vollständige Ruhe der unteren Extremitäten legt. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Bei dazu disponirten Frauen, besonders bei Hysterischen, scheint die Arbeit an der Nähmaschine in gewissen Fällen die Gelegenheitsursache zur Entstehung von Tabes dorsalis zu sein.

2. Die Symptome beginnen in den unteren Extremitäten und zeigen einen aufsteigenden Typus. Die blitzartigen Schmerzen durchziehen die Glieder in der Richtung von unten nach oben.

3. Die Ruhe führt ziemlich rasch zur Besserung, welche dauernd sein kann.

4. Die Arbeit an der Nähmaschine scheint weniger durch die dabei entstehende Reizung der Sexualorgane, als durch die, sich zum Rückenmark fortpflanzende Erschütterung schädlich zu wirken.

5. Die continuirliche Bewegung der unteren Extremitäten ist für die Arbeiterinnen gefährlich. Man sollte daher für die Bewegung der Nähmaschinen einen mechanischen Motor einzuführen suchen.

Brockhaus (Godesberg).

---

605. **Frölich, Ueber Meningitis cerebro-spinalis.** (Wiener Klinik. März 1881.)

Der Schwerpunkt dieser auf Grund der neuesten Beobachtungen und Erfahrungen basirenden klinischen Studie liegt in dem Versuche, in das bis jetzt noch dunkle Kapitel der Aetiologie der in Rede stehenden Krankheit neue Gesichtspunkte hineinzutragen, von deren eingehenderem Studium sich vielleicht weitere Aufklärung erwarten lässt. Fr. beobachtete Ende 1879 und Anfang 1880 in der Garnison Leipzig 6 Fälle, von denen 4 tödtlich verliefen. Aus den Sektionsbefunden werden neben den bekannten Erscheinungen besonders hervorgehoben die wiederholten Vergrösserungen der Pacchionischen Granulationen und die mehrmals beobachteten Blutaustritte in die Häute des Rückenmarks. Was den klinischen Verlauf anbelangt, so möchte Fr. vermuthen, dass es bei gehöriger Controle vielleicht in allen Fällen gelingen würde, ein Vorläuferstadium festzustellen. — Alle Symptome deuten darauf hin, dass die Cerebrospinalmeningitis eine konstitutionelle Krankheit eigener Art ist; trotz ihres häufigen Vorkommens in Kasernen und Massenwohnungen muss sie angesichts ihres häufigen sporadischen Auftretens, ihrer meist locker durch die Bevölkerung verstreuten Opfer und, weil bis jetzt noch kein Fall von Ansteckung mit Sicherheit constatirt worden ist, mit Wahrscheinlichkeit zu den nichtansteckenden Krankheiten oder wenigstens zu denen, bei welchen die Ansteckung ein Ausnahmevorgang ist, gerechnet werden. Im Gegensatz zu den früheren Autoren und gestützt auf seine örtlichen Beobachtungen warnt Fr., die Bodenverhältnisse ausser Beachtung zu lassen und glaubt sich zu der Annahme berechtigt, dass die Cerebrospinalmeningitis in ihrer Entstehungsweise grosse Aehnlichkeit mit dem Wechselfieber zeigt und wahrscheinlich zu den Sumpfkrankheiten gezählt werden darf. Mit Wahrscheinlichkeit handelt es sich um eine organische Krankheitsursache, welche unter ähnlichen Luft- und Bodenverhältnissen sich entwickelt, wie der Wechselfieberpilz; die sprungweise Verbreitung der Krankheit, ihr Auftreten auf beträchtlichen Höhen lässt sich als die Folge einer grössern Leichtigkeit der Sporen denken. Die Cerebrospinalmeningitis gehört also zu den verschleppbaren Infektionskrankheiten, die Krankheitsursache wird durch die Luft fortgeführt oder von jedem anderen geeigneten Träger, z. B. den gesunden Menschen, verschleppt. Die auffällige Thatsache, dass unter den Soldaten besonders Rekruten betroffen werden, wird dadurch erklärt, dass der Rekrut in gewissem Sinne ein Ansiedler ist, der bei der veränderten Lebensweise an einem neuen Wohnsitze allen den örtlichen Erkrankungsgefahren ausgesetzt ist, gegen welche ein längerer Aufenthalt schützt. Aehnlich erklärt sich die Häufigkeit der Krankheit bei Handwerksburschen.

Peretti (Andernach).

---

606. **Fritsch, Allgemeine Diagnostik des Irreseins.** (Wiener Klinik, August 1881.)

Ohne wesentlich Neues zu bringen, entwickelt Verf. die allgemeinen Symptome des Irreseins, ausgehend von der Thatsache, dass „wir im Irrsinn den Ausdruck pathologischer Vorgänge in der Grosshirnrinde, also eine wirkliche Krankheit des Gehirns vor uns haben". Nicht aus dem blossen Zusammentreffen von Störungen der sogenannten psychischen Funktionen allein darf man mit Sicherheit eine Geistesstörung annehmen, es bedarf stets der Ergänzung durch die etwa vorhandenen, auf Erkrankungen des Centralnervensystems zu beziehenden körperlichen Zeichen, sensible, motorische, trophische Störungen und Degenerationsmerkmale. Da eine gewisse Gesetzmässigkeit zwischen den Krankheitsbildern und ihren Ursachen besteht, so sind auch die ätiologischen Verhältnisse, vor Allem die Momente hereditärer Belastung und neuropathischer Disposition, nicht ausser Acht zu lassen. Mit Recht wird die Nothwendigkeit des strengen Individualisirens bei jedem Krankheitsbild für die Diagnose hervorgehoben; die klinische Beobachtung der charakteristischen Verlaufsverhältnisse der Geistesstörung ist sowohl für die Einreihung des Falles in eine der durch die Erfahrung begrenzten Formen, als auch für die specielle Beurtheilung des vorliegenden Krankheitsbildes nicht zu umgehen. Daraus folgt, dass der klinische Unterricht in der Psychiatrie ein dringendes Postulat der ärztlichen Bildung ist.

Zum Schluss gibt Verf. eine schematische Anleitung für das diagnostische Verfahren in einzelnen Irreseinsfällen.

Peretti (Andernach).

---

607. **Max Meyerhof** (Berlin), **Ueber eine seltene Form einer Magenneurose.** (Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 52. 1881.)

Patientin, eine etwas anämische 30 ½ jährige Frau, die mit 17 Jahren menstruirt wurde und 2 mal abortirt hat, hat vor 2½ Jahren zum ersten Mal an einem fünf Tage dauernden fast ununterbrochenen Erbrechen gelitten, ohne dass Indigestionsstörungen nachweisbar waren. Epigastrium eingezogen, gegen Druck empfindlich, Schmerz nach Rücken und Schulterblättern ausstrahlend. Stuhlgang retardirt. Urin blass ohne Albumen, Temperatur normal, Puls frequent. Herz, Lungen, Leber, Milz normal. Nie Bluterbrechen. Kein Tumor. Alle erdenkbaren Mittel ohne Erfolg mit Ausnahme von subcutanen Morphiuminjectionen in relativ grossen Dosen. Nach fünf Tagen Aufhören des Erbrechens, rasche Euphorie. Nach einigen Monaten vollkommenen Wohlseins Wiederholung des Anfalls, der insofern schlimmer war, als alle Symptome viel heftiger auftraten. Intervalle zwischen den durch Monate fortdauernden Anfällen von acht Tagen bis drei Wochen. Einzelne An-

fälle, in denen das Erbrechen bis zu 10 Tagen anhielt. Die Nahrungsaufnahme ohne wesentlichen Einfluss auf die Entstehung der Anfälle; Gemüthsbewegungen dagegen entschieden schädlich. Stets während der Anfälle heftige Obstipation. Im Juli 80 Sommeraufenthalt in Charlottenbrunn. Milch-Diät. 2 Becher Carlsbader Milchbrunnen. Wohlbefinden bis November. Dann durch acht Monate höchstens acht Tage hintereinander ohne Anfall, dagegen Anfälle von 10—12 tägiger Dauer. Grosse Morphiumdosen subcutan bis 0,25 pro die. Seit Juli 81 plötzliches Aufhören.

Trotz der sehr geringen Nahrungsaufnahme und der langen Dauer der Anfälle nur geringe Abmagerung und rasche Zunahme der Kräfte nach Beendigung der Anfälle.

Das Erbrochene reagirt zuerst stark sauer, dann werden colossale gallige Massen erbrochen. Microscopisch nichts Abnormes nachweisbar.

Das Ende der Anfälle war meist durch einen tiefen Schlaf markirt, aus dem Patientin mit dem Gefühle des Wohlbehagens erwachte.

Nach Anfällen Polyphagie, ohne dass nachweisbar durch die Menge oder Qualität der Nahrung Schaden angerichtet worden wäre.

Alle erdenkbaren Mittel waren während des Anfalls ohne Erfolg, lediglich Morphium brachte das Erbrechen für Stunden zum Aufhören und milderte die sehr heftigen Schmerzen. — Bei leichten Anfällen Senfteig in die Magengegend, Saturat. citric. mit Tr. aromat. et tinct. nuc. vomic. und 2 stündlich 2 Tropfen Tr. cannab. indic.

Von wesentlichem Werth scheint die Diätstrenge zu sein, die seit Juli 81 angewandt wird; ebenso ist die Bekämpfung der Obstipation von Erfolg — auf wie lange, wird erst die Zukunft lehren müssen.

Die Diagnose einer Neurose ist per exclusionem gestellt, da bei der Anwesenheit eines ulcus bei dem heftigen Erbrechen Blutspuren sich hätten zeigen müssen, und gegen einen Tumor, abgesehen von der Unmöglichkeit einen solchen zu fühlen, das auffällige Wohlbefinden nach dem Anfall sprach; auch für abnorme Gährungsvorgänge war kein Anhaltspunct gegeben; sowie die gute Verdauungsfähigkeit in anfallsfreier Zeit eine tiefere Läsion der Magenschleimhaut ausschliessen liess.

Schmid (Reichenhall).

---

608. **Lussana, Sulla glicogenesi epatica, ricerche fisio-pathologiche.** Physiologisch-pathologische Untersuchungen über die Zuckerbildung in der Leber. (Ann. univ. di med. e chir. 1881, Heft 11.)

L. bekämpft die Ansicht Cl. Bernard's, dass in der Leber unter normalen Verhältnissen Zucker vorkomme und dass die Zuckerbildung eine physiologische Function der Leber sei. Untersucht man nach der von ihm näher beschriebenen Methode frische, dem lebenden Thier entnommene Lebern, so ergibt die Trommer'sche Probe stets ein negatives Resultat. Der von Cl. Bernard gefundene Zucker ist nach

Verfasser durch Zersetzungsvorgänge post mortem gebildet. Dagegen enthalten die Leberzellen einen stärkemehlartigen Körper, der bezüglich seiner Reaction gegen Jod (violette Färbung) dem vegetabilischen Inulin gleiche und der mit der glykogenen Substanz Cl. Bernard's identisch ist. Dieser Stoff ist kein Produkt der physiologischen Function der Leber, sondern zugleich mit den Eiweisskörpern ein integrirender Bestandtheil der Leberzellen, in welchen er etwa ein Dritttheil der sie zusammensetzenden festen Stoffe ausmacht. Er findet sich auch in den secernirenden Organen vieler Pflanzen, in den Organen niederer Thiere und in den meisten embryonalen Geweben der höheren Thiere und des Menschen. Durch verschiedene Fermente (Speichel, Diastase etc.) wird er in Zucker übergeführt. Ein ähnlich wirkendes Ferment bildet sich im Leberblute post mortem, sowie während des Lebens durch die verschiedensten Einflüsse, welche auf neuroparalytischem Wege Blutstauungen in den Organen des Unterleibs, speciell der Leber hervorrufen. So durch die Piquure und andere Verletzungen des Gehirns und Rückenmarks, bei denen die Nn. splanchnici in Mitleidenschaft gezogen werden, durch Injection von Chloroform, Aether oder Alkohol in einen Ast der Vena porta u. dergl. Die Umwandlung des Leberglykogens in Zucker kommt also nur unter pathologischen, nie unter physiologischen Bedingungen zu Stande. Zum Beweise für die Richtigkeit dieser Ansicht führt Verf. eine Reihe eigener Experimente an, theils stützt er sich auf verschiedene Versuche von Cl. Bernard selbst; die Details sind im Original nachzusehen. Bemerkenswerth ist, dass durch langdauernde fieberhafte und auszehrende Krankheiten der Glykogengehalt der Leber vollständig schwindet, so dass nach dem Tode sich kein Zucker in der Leber bilden kann, ferner dass Kälte die Einwirkung des Ferments aufhebt. In den Leichen Erfrorener findet sich daher kein Zucker in der Leber, wohl aber ist dies der Fall, wenn dieselben kurze Zeit hindurch einer höheren Temperatur ausgesetzt waren, indem sich dann nachträglich das Glykogen in Zucker umwandelt. Das Fehlen des Zuckers in der Leber kann daher in Fällen von zweifelhaftem Erfrierungstod eventuell diagnostisch verwerthet werden. Verf. bespricht sodann das Vorkommen von Zucker in Blut und Lymphe und erörtert die quantitativen Verschiedenheiten des Zuckergehalts im arteriellen und venösen Blut und in dem Blut der verschiedenen Körperorgane. Der Blutzucker stammt nach ihm aus dem Stärkemehl und dem Zucker der Nahrung, eventuell auch aus der Leber, falls irgend einer der oben besprochenen Einflüsse, wenn auch nur temporär, eingewirkt und die Bildung des specifischen, das Glykogen in Zucker umwandelnden Fermentes im Blute der Leber verursacht hat. Der Blutzucker wird hauptsächlich in den Lungen, theilweise aber auch in den Muskeln, den Nieren, der Milz, dem Gehirn etc. verbrannt, und dient als Kraft- resp. Wärme erzeugender Stoff. Erreicht der Gehalt des Blutes an Zucker eine gewisse Höhe (3 pro Mille), so kann er in der besprochenen Weise nicht mehr eliminirt werden und erscheint im Urin. Zum Schluss entwickelt Verf. seine Ansichten über den Diabetes. Will man in jedem Fall, wo Zucker im Harn nachzuweisen ist — was sowohl nach übermässig zuckerreicher Nahrung als auch nach temporärer Einwirkung einer der oben genannten pathologischen Bedingungen

der Fall ist — von Diabetes sprechen, so ist derselbe eine sehr häufige Krankheit. Bei dieser Auffassungsweise wird man auch eine Menge von Heilungen durch entsprechende Diät, Opium, Tannin, Acid. lactic. etc. constatiren können. Der wirkliche Diabetes nach der Ansicht des Verf. ist eine seltene und unheilbare Krankheit. Es handelt sich dabei nicht allein um Auftreten von Zucker im Harn, als Folge der Umsetzung des Leberglykogens in Zucker, sondern die gleichzeitig beobachtete excessive Vermehrung der im Urin ausgeschiedenen N-haltigen Producte der regressiven Metamorphose zeigt deutlich, dass das Wesen der Krankheit in einer tiefen Alteration und Decomposition sämmtlicher Gewebe des Körpers besteht. „Der Diabetiker zeigt nicht eine über die Norm gesteigerte, physiologische Function; er ist ein dem Tode geweihtes Individuum, theilweise schon eine Leiche, da in ihm ein Leichenphänomen in die Erscheinung tritt.“ Die Versuche, durch eine vollkommen zucker- und stärkmehlfreie Kost den Diabetes zu heilen, sind daher nutzlos und quälen den Kranken unnöthiger Weise; sie bessern seinen Zustand nicht, sondern maskiren nur ein äusseres Symptom, und nicht einmal das wichtigste. Den Beweis für diese letzte Behauptung sucht Verf. in der Thatsache, dass gegen das Ende des Lebens oft kein Zucker mehr im Urin des Diabetikers erscheint, während die Ausscheidung N-haltiger Stoffe bis zum Tode erhöht bleibt.

Brockhaus (Godesberg).

---

609. **P. Strübing, Paroxysmale Hämoglobinurie.** (Deutsche med. Wochenschrift. 1881. No. 1.)

Verf. beschreibt einen Fall von Hämoglobinurie, in dem sich als ätiologisches Moment fast regelmässig aussergewöhnliche körperliche Anstrengungen nachweisen liessen. Bisweilen schien ein Anfall nach reichlichem Alkoholgenuss oder Gemüthsbewegungen unangenehmer Art zu erfolgen; oft fehlte jede nachweisbare Schädlichkeit. Der hämoglobinhaltige Urin wurde immer am frühen Morgen entleert, die Blutuntersuchung ergab, da die Untersuchung nur Morgens angestellt wurde, nur geringe Veränderungen (Poikilocythen, sehr blasse, unregelmässige, gezackte Blutkörperchen, einmal leicht röthlich gefärbtes Plasma). Verf. versucht den pathologischen Vorgang in vorliegendem Falle folgendermaassen zu erklären. Nach Landois bringen gewisse Agentien, die noch nicht im Stande sind, das mit den andern Gasen (O und CO) geschwängerte Blut zu lösen, in CO_2-haltigem Blute schon momentan eine vollendete Lackfarbe hervor. Ist nun in Folge einer Erkrankung der blutbildenden Organe die Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen eine geringere, so wird ein starker CO_2-Gehalt des Blutes, und dieser wird ja durch sehr starke Muskelarbeit hervorgerufen, möglicherweise die widerstandsloseren Blutkörperchen auflösen können. — Landois hat ferner die Entstehung von Faserstoff aus dem Strome

der rothen Blutkörperchen nachgewiesen. Auf dieses Factum führt Str. einzelne im vorliegenden Fall beobachtete Symptome (Athemnoth, Durchfälle) zurück, und zwar denkt sich Verf. die Erscheinungen hervorgerufen durch kleine Gefässverstopfungen mit Stromafibrin und dadurch bedingte Circulationsstörungen.

Beigefügt ist der Arbeit eine Tabelle, die die Resultate der Urinuntersuchung angiebt; als bemerkenswerth hebt Verf. den starken Indicangehalt des Urins hervor.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

610. **F. Neumann** (Carlsruhe), **Ueber das primäre Nierensarkom.** (D. Arch. f. kl. Med. XXX. S. 377.)

Bei der Mittheilung einer eigenen Beobachtung eines Falles von primärem Nierensarkom nimmt Verf. Veranlassung, die analogen Fälle aus der Literatur zusammenzustellen.

Seine eigene Beobachtung betrifft ein $5^3/_4$ Jahre altes schwächliches Mädchen, welches November 1879 unter den Erscheinungen einer peritonitischen Reizung acut erkrankte. Im Dezember liess sich eine kindskopfgrosse Geschwulst in der L. Bauchseite constatiren, welche bis zum Sommer 1880 rasch an Grösse zunahm. Im Juni maass der in seiner L. Hälfte besonders stark hervorgetriebene und mit Venennetzen durchzogene Bauch 73 cm; im Dez. 1880 war der grösste Umfang auf 87 cm gewachsen. In der Gegend des Quadratus lumborum L. zeigte sich eine deutlich fluctuirende Hervorwölbung, später fand sich, von der ersten durch resistentes Gewebe getrennt, eine zweite fluctuirende Hervorragung. Die Haut an diesen Stellen war ebenfalls von erweiterten Venen durchzogen. Eine Explorationspunction förderte kleine Gewebsstückchen zu Tage, welche als Spindelzellensarkom bestimmt wurden. Die Untersuchung der Leber, Lungen, des Herzens ergaben negative Resultate. Keinerlei Drüsenanschwellung, Harn stets frei von abnormen Bestandtheilen. Unter allmähligem Verfall der Kräfte, Auftreten von Oedem, Zunahme von Athembeschwerden erfolgte 21. Febr. 1881 der Tod unter den Erscheinungen von Lungenödem.

Die Section zeigte zunächst starke Verdrängung des Magens und der Milz, welch letztere in der Linea alba der Geschwulst aufsass. Die Geschwulst, von den seitlich gelegenen Organen leicht zu trennen, ist nach hinten durch cystische Erweichungs-Herde mit der hintern Bauchwand fester verwachsen, wodurch eine Trennung nur unvollständig gelingt. Mit Ausnahme dieser Partieen ist die Geschwulst von einer starken fibrösen Kapsel überzogen. Der Tumor ist mannskopfgross und ca. 12—14 Pfd. schwer. Der seitlichen Brustwand entsprechend sitzt pilzartig ein ca. 12 cm langes, 10 cm breites bräunliches schwammiges Gebilde dem Tumor auf, welches N. für den Rest der plattgedrückten Niere oder Nierenbeckens ansieht. Die Masse der Neubildung ist vielfach mit grösseren und kleineren cystischen Hohlräumen

durchsetzt. Das Gewebe der Geschwulst selbst ist weiss gelblich, stellenweise durch Pigment gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung ergab vorwiegend ein Spindelzellensarkom. Zum Schluss seiner Mittheilung folgen einige epikritische Bemerkungen über die aus der vergleichenden Betrachtung der angeführten fremden und seines eigenen Falles sich ergebenden Resultate in Bezug auf Anatomie, klinische Erscheinungen und Therapie des Nierensarkoms.

Hindenlang.

---

611. **Mauriac, Cas rares de tumeurs péri-uréthrales blennorrhagiques.** Seltene Fälle peri-urethraler Tumore blennorrhoeischen Ursprungs. (L'Union méd. Nr. 172, 175 und 177.)

Während im Verlauf des Trippers acute Entzündungen der drüsigen Gebilde der Harnröhre, sowohl der einfachen Acini der kleinen Schleimdrüsen, wie der Glandulae Cowperi und Prostata, hervorgerufen durch Verstopfung der Ausführungsgänge und Stagnation des Secrets und in Eiterung und Abscessbildung ausgehend, öfter beobachtet werden, hält Verf. die chronischen Entzündungen dieser Gebilde, bei denen es nicht zur Eiterung kommt, sondern vollständige Resorption des gebildeten Tumors eintritt, für sehr selten. Er hat zwei Fälle der Art beobachtet. Der erste betrifft einen 28jähr. Mann, der zum 3. Mal an Gonorrhoe litt. Derselbe hatte das Leiden auf eigene Faust mit medicamentösen Bougies erfolglos zu behandeln versucht. Nach 7 Tagen entstand eine nussgrosse, harte Geschwulst in der Gegend hinter der Pleno-scrotalfalte, die allmählig bis zur Grösse einer Orange wuchs. Sie sass zwischen beiden Hoden, war mit der Harnröhre durch einen Stiel verbunden, zeigte eine höckerige Oberfläche und war spontan und gegen Druck vollkommen schmerzlos. Die Hoden zeigten keine Spur von Entzündung. Im weiteren Verlauf bildete sich eine Adhärenz zwischen der Geschwulst und der untern Partie des rechten Hodens und Unterhodens aus; das Lumen der Harnröhre wurde durch den Tumor in keiner Weise beeinträchtigt. Unter leichter Antiphlogose (Umschläge, Bettruhe, Bäder) verkleinerte sich die Geschwust allmählig und war nach etwa $2^1/_2$ Monat völlig verschwunden. Für eine intercurrent und plötzlich auftretende Ischurie musste der Grund in einem Spasmus des Sphincter Veniae gesucht werden, da bei der Exploration mit dem Katheter kein mechanisches Hinderniss für den Urinabfluss gefunden wurde; die Ischurie verschwand nach der Application von 15 Blutigeln an den Venen. Der 2. Fall betraf einen 25jähr. Mann, der an einer leichten aber hartnäckigen Gonorrhoe litt. Am 60. Tage der Erkrankung entstand ohne nachweisbare Ursache an derselben Stelle, wie im ersten Fall, eine schmerzhafte, harte Geschwulst ziemlich acut innerhalb zweier Tage. Die ödematöse Schwellung der Umgebung und die Röthe der Haut liessen Abscedirung befürchten. Die

Geschwulst ging indess unter antiphlogistischer Behandlung innerhalb 10 Tagen vollständig zurück. Bei demselben Kranken entstand später eine Entzündung des rechten Lappens der Prostata, die mit Eiterung und Bildung einer Fistula urethro-rectalis endete. M. glaubt, in Anbetracht der Lage der Geschwulst, dass es sich in beiden Fällen um eine Entzündung der um die Ausführungsgänge der Cowper'schen Drüsen liegenden accessorischen drüsigen Gebilde gehandelt habe, und dass, wenn die Entzündung die Cowper'schen Drüsen selbst ergreift, der Uebergang in Eiterung die Regel bildet. Während bei drohender Suppuration möglichst frühzeitige Incisionen am Platze seien, erreiche man bei der in Rede stehenden Affection durch einfache Antiphlogose völlige Resorption der Geschwulst.

Brockhaus (Godesberg).

---

612. **Dr. Maximilian Zeissl, Zwei Fälle von Jod-Exanthem nach äusserlicher Anwendung des Jodoforms.** (Wien. allg. mediz. Zeit. Jahrg. XXVI. Nr. 45.)

Verf. beobachtete unter den vielen Fällen, bei denen Jodoform auf der Albert'schen Klinik therapeutisch in Anwendung gezogen wurde, bei innerlichem Gebrauche niemals und bei äusserer Application nur 2mal ein Jodoform-Exanthem.

Der erste Fall betraf einen 3jährigen Knaben mit cariösen Prozessen am rechten Schienbein. Nachdem durch 15 Tage hindurch die Wundhöhle mit Jodoform behandelt war, entstand, ohne dass der Grund dafür von Veränderungen in der Wunde herzuleiten war, unter hohem Fieber (41 °) „an der Haut des Stammes der Beugeseiten beider oberen Extremitäten und der Innenfläche beider Oberschenkel eine diffuse, unter dem Fingerdruck schwindende hellrothe Färbung“, an den Beugeflächen der oberen Extremitäten normale Hautpartieen umschliessend. Dabei bestand Erbrechen und Somnolenz. Der Urin gab Jodreaction und enthielt reichlich Eiweiss und Nierenepithelien. Das Fieber schwand nach 3 Tagen, Jodoform wurde ausgesetzt, nach 7 Tagen war das Exanthem mit leichter Abschuppung der Haut verschwunden. Unter gleich heftigen Erscheinungen und mit gleichem Verlaufe zeigte sich nach späterer erneuter Jodoform-Anwendung wiederum ein Exanthem. Allmählich trat Gewöhnung an das Jodoform ein. Scarlatina war auszuschliessen.

Der zweite Fall betrifft einen 36 Jahre alten Mann mit tuberculöser Rippen-Caries. Nach 9 Tage fortgesetzter Application von Jodoform-Stäbchen in die Fistel-Oeffnungen am Thorax, brach unter heftigem Jucken an der Haut des Stammes und der Extremitäten ein aus Urticaria-Quaddeln und über das Hautniveau emporragenden, scharf umschriebenen, linsen- bis kreuzergrossen rothen Flecken und rothe gesunde Haut umsäumenden Kreisen sich construirendes Exanthem aus. Die obere Extremität war mehr als die untere befallen. An der

Rückenhaut bestanden ausgebreitete erythematöse, über das Niveau der Haut erhabene Flecken von Handtellerbreite. Fieber fehlt, Appetit und Verdauung blieb ungestört. Im Urin fand sich Jod, aber kein Eiweiss. Jodoform wurde ausgesetzt und nach 7 Tagen schwand das Exanthem.

Die Eiweiss-Ausscheidung im Harn im ersten Falle ist Z., gestützt auf eine gleiche Beobachtung bei einem anderen Kranken, auf eine Wirkung der Jod-Aufnahme in den Organismus zurückzuführen geneigt.

Bartold.

---

613. **De Korab, De l'Aunée comme expectorant et calmant dans les affections des voies respiratoires.** Ueber den Alant (Inula Helenium) als Expectorans und Sedativum bei den Erkrankungen der Luftwege. (L'Union méd. Nr. 172.)

Der Alant (Inula Helenium) war ein im Alterthum und im Mittelalter sehr beliebtes Mittel gegen Erkrankungen aller Art; officinell ist noch die Rad. Helenii und das Extr. Helenii. Verf. hat das Mittel auf die Empfehlung von Gubler, der dasselbe als Expectorans sehr rühmt, einer eingehenden Prüfung bezüglich seiner physiologischen und therapeutischen Eigenschaften unterzogen. Die Rad. Helenii enthält das indifferente, stärkmehlartige Inulin, das durch Säuren etc. in Dextrin und eine linksdrehende Zuckerart umgewandelt wird, ferner das Helenin ($C^{14}H^{9}O^{2}$) oder den Alantcampher und ein flüchtiges, scharfes Oel. Das Helenin ist nach Verf. ein Stomachicum, wie die Bittermittel, setzt die Reflexerregbarkeit herab und wirkt antispasmodisch. Da es vollständig durch die Lungen ausgeschieden wird, ist seine sedative Wirkung auf die Respirationsorgane leicht erklärlich. Das flüchtige Oel regt kräftig die Expectoration an. Verf. hat das Mittel seit einer Reihe von Jahren geprüft und empfiehlt es seiner sicheren, raschen Wirkung und seiner völligen Unschädlichkeit halber bei katarrhalischem Asthma, bei chronischer Bronchitis, überhaupt bei allen Erkrankungen der Respirationsorgane, bei denen es darauf ankommt, kräftige Expectoration hervorzurufen und gleichzeitig beruhigend zu wirken.

Brockhaus (Godesberg).

---

614. **Koreczynski (Krakau), Ueber die physiologische Wirkung und therapeutische Anwendung des Nitroglycerin.** (Pamietnik lek. warsraw. 1881. Heft 4. polnisch.)

Verf. wandte eine 1% Alkohollösung von Nitroglycerin (aus dem chem. Laborat. des Prof. Grabowski in Krakau) in der

Dose von 1—6 Tropfen sowohl bei Gesunden und Reconvalescenten als auch bei Kranken auf seiner medizinischen Klinik an.

Am ausgesprochensten zeigte sich die Wirkung auf den Circulationsapparat: schon nach 2—3 Minuten wird die Herzaction erhöht (verstärkter Herzspitzenstoss, lautere Herztöne, der aufsteigende Arm der Sphygmogramme wird höher und der Uebergangswinkel zum absteigenden Arme spitzer), der Puls wird frequenter (um 8—16 Schläge), zugleich nimmt die Spannung der Arterienwand ab (die Rückstosselevationen werden markanter, während die Elasticitätsschwingungen verschwinden), in einigen Fällen fand man den Puls dikrot oder unregelmässig. Diese Wirkung auf den Circulationsapparat ist am bedeutendsten zwischen der 3. und 5. Minute nach der Verabreichung des Mittels und dauert bis zu 45 Min. an. Die Beeinflussung des Nervensystems gibt sich ziemlich regelmässig als ein vorübergehender Kopfschmerz kund, am stärksten in den Schläfen, dumpf, nicht sehr intensiv, mit der Grösse der Dosis anwachsend; nach der Einnahme von 6 Tropfen obiger Nitroglycerinlösung trat gewöhnlich ein Gefühl des Pulsirens und Völle im Kopfe ein; nach grösseren Dosen stellte sich auch Lichtscheu ein; die Untersuchung mit dem Augenspiegel ergab negative Resultate. Den Kopfschmerz, der sich bei jeder Herzsystole verstärkt, begleitet Ohrensausen. — Im Verdauungstractus ruft das Nitroglycerin mit Ausnahme einer würzig-brennenden Geschmacksempfindung, keine Symptome hervor. — Sowohl die Athemfrequenz als auch der Respirationstypus bleiben unverändert. Die Urinmenge wird während der zweiten Viertelstunde durchschnittlich um 20 ccm vergrössert, sonst keine Veränderungen im Harn.

Die therapeutische Wirkung hat Verfasser in 35 Fällen (22 männl. und 13 weibl.) untersucht. Und zwar:

1. Unter 7 Fällen von anfällsweise auftretendem Asthma emphysematicum beseitigte das Nitroglycerin in 6 Fällen die asthmatischen Anfälle expedite während einiger Minuten und systematisch gebraucht hielt es die Anfälle auf längere Zeit hintan.

2. In 13 Fällen von Asthma nervosum sah Verf. nur 2 mal günstige Wirkung. Die während des asthmatischen Anfalles eingenommene Dosis pflegte weniger wirksam zu sein, als wenn sie vor oder im Beginne desselben gegeben war.

3. In 2 Fällen von Aortaaneurysmen wichen die schwersten Anfälle von Stenokardie viel rascher und vollständiger als nach irgend anderen Medicamenten und bei systematischer Anwendung des Nitroglycerin verschwanden sie in 1 Falle auf längere Zeit vollständig.

4. 2 Fälle von nervösem Herzklopfen wurden geheilt; in einem Falle von Insufficienz und Stenose der Aorta erwies sich das Nitroglycerin als ein gutes Palliativmittel gegen das Herzklopfen.

5. Unter 6 Fällen von Angina pectoris brachte das Mittel in 1 Falle (atheromatöse Degeneration der Arterien und Herzverfettung) nur vorübergehenden Nutzen, während in den übrigen (1 Insufficienz der Aorta, 1 Atheroma arter. mit Herzmuskeladipose, 1 Endokarditis, 1 atheromatöse Entartung der Arterien, 1 ohne nachweisbare anatomische Basis) dasselbe sich so wirksam wie kein anderes Mittel erwies.

6. Ein Fall von Chorea minor bei einem 14 jähr. chlorotischen

Mädchen mit Hypoplasie des Gefässsystems; hier brachte die tägliche Verabreichung von 2 Tropfen der 1% Nitroglycerinlösung in 25 Tagen die seit 2 Jahren bestehende Krankheit, gegen die sich alle anderen Mittel als wirkungslos erwiesen hatten, zum Stillstand, wobei die Pat. 3 Kilo an Gewicht zunahm.

7. In einem Falle von Hysterie und bei einem Kranken mit Tremor mercurialis blieb das Mittel ohne Einfluss; ebenso bei einem Diabetiker.

Auf Grund obiger Erfahrungen (viele Fälle sind im Original ausführlich mitgetheilt) schliesst der Verf.: Das Nitroglycerin vermag schnell und ziemlich sicher stenokardische Anfälle zu beseitigen, gleichviel, ob dieselben als eine selbstständige Neurose auftreten, oder durch Klappeninsufficienz, Arterienatherom oder Aneurysmen bedingt sind. Wahrscheinlich ist es auch ein sehr wirksames Mittel gegen Herzklopfen ohne Rücksicht auf seine Enstehungsursache. Stenokardie ohne anatomische Basis kann durch Nitroglycerin radikal geheilt werden; die in Folge von Aneurysmen auftretenden stenokardischen Anfälle vermag es momentan zum Stillstand zu bringen und auch bis zu einem gewissen Grade der Wiederkehr derselben vorzubeugen. Bei Asthma nervosum ist es unsicher, dagegen ist seine Wirkung in Asthma emphysematicum als ausgezeichnet zu bezeichnen, da es nicht nur die Anfälle momentan beseitigt, sondern auch, wie es scheint, die Neurose gänzlich heilt. In der Chorea minor ist das Mittel weiter zu erproben. In denjenigen Fällen, wo sich Nitroglycerin als therapeutisch wirksam gezeigt hat, traten die Eingangs beschriebenen Symptome Seitens des Nervensystems entweder gar nicht oder doch nur unbedeutend auf; ja Verf. beoachtete in 3 Fällen von Migräne bei Hysterischen, dass das Nitroglycerin den Kopfschmerz bedeutend erleichterte.

Zu therapeutischen Zwecken betrug die Dosis gewöhnlich 1—4 Tropfen, sehr selten 6—10, ausnahmsweise 15; ein Kranker verstieg sich aus eigener Ordination bis auf 30 Tropfen mehrmals des Tages.

Smolenski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

615. **R. Hausmann** (Meran), **Ueber die Weintraubenkur mit Rücksicht auf Erfahrungen in Meran.** (4. Aufl. Meran, Verlag von Fridolin Plans. 1882.)

Die Frühtraube reift in Meran in der zweiten Hälfte des August, die eigentlich allgemeine Traubenreife fällt in die Mitte des September, daher erst von da an die Traubenkur beginnt und zwar um so eher, als vorher die Hitze zu gross ist, sie dauert bis Ende October; bis Ende Dezember sind conservirte Trauben zu Kurzwecken zu bekommen.

Die chemische Analyse der Traube ergibt an organischen Be-

standtheilen freie Weinsäure und Apfelsäure, Traubensäure, Citronensäure, Eiweiss, Dextrin, Farbstoff; an anorganischen Bestandtheilen: Chlor, Schwefelsäure, Phosphorsäure, Kali, Natr., Magnes., Kalk, Eisenoxyd, Thonerde, Manganoxyd und Tallium. Die durch die organischen Säuren gebildeten Salze sind quantitativ in der Ueberzahl, besonders weinsteinsaures Kali und Kalk; unter den anorganischen Salzen den schwefelsauren und phosphorsauren Kali resp. Kalksalze. Hieraus folgt, dass der Traubensaft eine den Mineralwässern ähnliche Wirkung hat, d. h. leicht eröffnend wirkt. Das Verschlucken der Schalen und Kerne ist schädlich, weil sie sich zu Pfropfen zusammenhäufen und Dyspepsien erregen. Wahrscheinlich durch die Entwicklung von Kohlensäure wird beim kurgemässen Gebrauch eine Erregung des Gefässsystems hervorgerufen. — Die Harnsecretion wird durch den Traubengenuss wesentlich vermehrt.

Gegen dyspeptische Erscheinungen wird eine milde Traubenkur mit Vortheil angewendet, jedoch ist Vorsicht hier dringend geboten; bei chronischem Magenkatarrh muss sie vorsichtig begonnen werden, um dann energisch bis zu 2—3 k pro Tag fortgesetzt zu werden. Ob auch gegen Magengeschwüre die Anwendung der Kur indicirt ist, scheint Verf. noch nicht sicher, Magenkrebs bildet Contraindication. Vorzüglich war die Wirkung gegen Ptyalismus in einigen Fällen. — Diarrhöen als Folge von Unterleibsplethora sind sehr günstig zu beeinflussen; ebenso natürlich habituelle Stuhlverstopfung und vor allem Hämorrhoidalleiden. Vermöge der diuretischen Wirkung der Traube ist sie bei Herzkrankheiten mit consecutiven Anschoppungen oft von wesentlichem Erfolg; ebenso bei uncomplicirtem Blasenkatarrh. Von den Erkrankungen des Respirationstractus eignen sich der chronische Lungenkatarrh mit und ohne Emphysem, die fieberlose Phthise, die pleuritischen Exsudate (Diurese) zur Anwendung der Traubenkur, während fiebernde Phthisiker leicht rasche Verschlimmerung erfahren und mit Verdauungsstörungen und Larynxkatarrh Behaftete nicht selten Hämoptoe bekommen. Directe Contraindicationen bilden chronische Pharyngitis und laryngitis catarrhalis und ulcerosa.

Schmid (Reichenhall).

Berichtigung.

In Nr. 44, S. 690, Z. 8 von oben lies muskuläre Kraft statt muskuläre;
„ 44, „ 690, „ 5 von unten lies minimal statt einmal;
„ 44, „ 691, „ 26 von oben lies Jetzt statt Erst.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 16. Februar. Nro. 46.

616. Dr. A. Jarisch, Ueber den Rückenmarksbefund in 7 Fällen von Syphilis. (Vierteljahrsschr. für Dermat. und Syphilis 1881. 4. Heft. S. 621.)

Als Beitrag zur Lösung von Fragen, welche sich mit Rücksicht auf seine frühere Arbeit (vgl. ds. Centralblatt 1880 S. 552. Ueber Coincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarks) aufgeworfen haben, theilt J. ausführlich den Rückenmarksbefund in 7 Fällen von Syphilis mit. Diese sind 4 Fälle von hereditärer Syphilis, ein recenter Fall von acquirirter Syphilis, ein anderer von angeblich 6 jährigem Bestande und endlich ein Fall, in welchem das Alter nicht zu eruiren, sich jedenfalls auf viele Jahre belief.

Die Befunde selbst will J. jetzt noch nicht zu verwerthen versuchen, da dies vorläufig nur auf vollends hypothetischem Wege möglich wäre; sie sollen nur weiteren Untersuchungen zu Grunde gelegt

werden. Die Befunde beweisen jedoch, dass bei der Syphilis Veränderungen der grauen Achse des Rückenmarks vorkommen, welche bis jetzt unbekannt waren. Vielleicht können weitere Untersuchungen des Nervensystems bei Syphilis die Kluft, welche zwischen Contagium einerseits und syphilitischer Manifestation besteht, ausfüllen.

Die Krankengeschichten, sowie die Befunde der mikroskopischen Untersuchungen des Rückenmarks in den 7 Fällen müssen im Originale nachgesehen werden.

Am Schlusse fasst J. die Resultate seiner Untersuchungen wie folgt zusammen:

Atrophie der Ganglienzellen im 1. und 2. Falle von hereditärer Syphilis, im 2. und 3. Falle von acquirirter Syphilis. Homogene, glasige Herde im Gewebe der Vorderhörner und der Commissur im 1. und 2. Falle von hereditärer Syphilis und im 1. und 2. Falle von acquirirter Syphilis; Hämorrhagien in das Gewebe der Commissur und der Vorderhörner im 1. und 2. Falle von acquirirter Syphilis; Sklerose des Netzes der grauen Substanz im 3. Falle von acquirirter Syphilis. Zweifelhafte Veränderungen im 3. und 4. Falle von hereditärer Syphilis.

Doutrelepont.

---

617. **Charcot, Phénomènes produits par l'application sur la voûte du crâne du courant galvanique, pendant la période léthargique de l'hypnotisme chez les hystériques.** Durch Applikation des galvanischen Stromes auf das Schädeldach in der lethargischen Periode des Hypnotismus bei den Hysterischen hervorgebrachte Erscheinungen. (Progr. médic. 1882, Nr. 2.)

Während der durch gesteigerte Erregbarkeit des peripheren motorischen Systems (hyperexcitabilité neuro-musculaire des hypnotiques) charakterisirten Phase des hypnotischen Schlafes bei Hysterischen (lethargie hypnotique provoquée) reagiren bekanntlich die Nerven und Muskeln mit besonderer Leichtigkeit auf mechanische Reizung. Bei fünf Hysterischen hat Ch. in zahlreichen Versuchen konstant gefunden, dass diese gesteigerte Erregbarkeit sich nicht nur auf die Nerven und Muskeln, sondern auch auf das Gehirn, wenigstens auf die motorischen Regionen desselben erstreckt. — Die Kranken wurden durch die gewöhnlichen Proceduren, z. B. durch Fixiren des Blickes, in den hypnotischen Zustand versetzt, und durch mechanische Reizung (leises Klopfen) der Muskeln und der Nerven wurde das Vorhandensein der gesteigerten motorischen Erregbarkeit konstatirt. Applicirte Ch. dann einen konstanten Strom (4—10 Leclanché'sche Elemente), den negativen Pol auf das Sternum in der Mittellinie, den positiven Pol auf die Schläfengrube oder einige Centim. oberhalb der Ohrmuschel, so

traten manchmal bei der Oeffnung, meistens aber bei der Schliessung des Stromes kräftige Contraktionen im Gesicht, an der Oberextremität oder an der Unterextremität, oder an zwei oder allen diesen Theilen zugleich auf der der Applikationsstelle der positiven Elektrode entgegengesetzten Körperhälfte ein. Diese Contraktionen liessen sich von der rechten und von der linken Seite des Schädels auslösen; die der Applikationsstelle des Stromes korrespondirende Körperhälfte blieb unbewegt. Um dem Einwurfe zu entgehen, bei der beschriebenen Applikationsweise des Stromes könnten die Nerven und Muskeln des Gesichts einer mehr oder weniger direkten Reizung ausgesetzt sein, hat Ch. in anderen Versuchen beide Elektroden auf Eine Schädelhälfte gebracht, die eine auf den Gipfel des Schädels, 2—3 cm von der Mittellinie (ungefähr entsprechend der oberen Grenze der motorischen Rinden-Zone), die andere etwas vor oder etwas hinter das Ohr: die Resultate blieben dieselben. Jeder Versuch wurde an denselben Kranken, unter denselben Bedingungen, bei der gleichen Stromstärke, in wachem Zustande wiederholt; das Resultat war negativ; ein wenig Kopfschmerz und Purkinje'sche Funken waren die einzigen Folgen. — Es existirt also während des Zustandes der hypnotischen Lethargie in den motorischen Regionen des Gehirns eine besondere Erregbarkeit für den konstanten Strom. Fortgesetzte Beobachtungen werden weitere Schlüsse gestatten.

E. Bardenhewer.

---

618. **Eulenburg, Ueber Zeitmessung und graphische Darstellung der Sehnenreflexe.** (Zeitschr. f. klin. Med. 1882. IV. p. 179.)

Bei den Untersuchungen E.'s über die Einwirkung anästhesirender und sedirender Mittel auf die Sehnenreflexe stellte sich die Nothwendigkeit heraus, zur Feststellung der Stärke und Dauer der reflectorischen Muskelzuckungen sowohl, wie der Dauer der Latenzperiode eine graphische Methode zu verwenden.

Die Methode besteht in der Benützung der Vibrationen einer Stimmgabel zur Zeitmessung, wobei diejenige Vorrichtung am brauchbarsten sich erwies, wobei die Registrirplatte an der einen Branche einer Stimmgabel angebracht und durch letztere selbst in gleichmässige Vibrationen versetzt wird. Der zeichnende Hebel verzeichnet die letzteren in Form feiner Zähnelung auf die Platte. Verf. verwandte eine Stimmgabel, die 62 Schwingungen macht in der Secunde, es entspricht somit jedes Zähnchen der Curve einer Zeitdauer von 0,01613 Secunden.

Die Dauer eines Bewegungsvorgangs, einer Muskelzuckung misst sich dann sehr leicht, indem man die das betreffende Curvenbild zusammensetzenden Zähnchen addirt und ihre Gesammtzahl mit der angegebenen Dauer einer Einzelschwingung multiplicirt. Abgesehen von der Dauer gibt dieses Curvenbild auch über die Höhe und andere

Details der Muskelzuckung Aufschluss. — Für die Bestimmung der Latenzdauer liess E. eine Doppelcurve auf der Registrirplatte verzeichnen in der Art, dass die eine Curve den Zeitpunkt der Reizung, die andere den Zeitpunkt des Bewegungsbeginns selbständig markirte. Die detailirte Anordnung der Apparate und der Versuche ist im Original nachzusehen. — Gegenstand der Untersuchung war das Lig. patellae.

Die Dauer der Latenzperiode erwies sich an 8 in verschiedenem Alter stehenden männlichen Individuen bei einer grossen Anzahl von Einzelversuchen und häufiger Wiederholung an der nämlichen Versuchsperson zum Theil unmittelbar hinter einander, zum Theil zu verschiedenen Zeiten und Tagen verhältnissmässig sehr übereinstimmend. — Dieselbe betrug im Durchschnitt bei erwachsenen Männern 1½ Schwingungen in 0,0242 Secunden. Geringe, als physiologisch anzusehende Schwankungen dieses Werthes können sich wohl theils aus der verschiedenen Körpergrösse der Individuen, theils aus der verschiedenen Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Reizes in der sensibeln Nervenfaser ergeben; beträchtlichere Hemmungen der Reflexe können unter normalen Verhältnissen in der grauen Substanz des Rückenmarks wohl nicht vorhanden sein. Bei Kindern sind die für die Dauer der Latenzperiode gefundenen Werthe absolut und relativ (im Vergleich zu Erwachsenen) etwas erhöht. Bei einem 12jährigen Knaben von 133 cm Körperlänge betrugen sie zuweilen 2—3 Schwingungen.

In Fällen, wo die Sehnenreflexe abnorm verstärkt sind, kann die Dauer der Latenzperiode zugleich bis auf geringe, fast nicht zu unterscheidende Bruchtheile einer Schwingung herabgesetzt sein. Betreffs der Dauer der Muskelzuckungen ist zu bemerken, dass die von demselben Individuum unter sonst gleichen äusseren Versuchsbedingungen aufgenommenen Curven eine sehr constante Uebereinstimmung zeigen. Bei gesunden männlichen Individuen erstreckt sich die Muskelcurve in der Regel mindestens über 6—7 Schwingungen, häufig auch über 10—13. — Bei grösserer Dauer der Latenzperiode ist die Zuckungsdauer in der Regel kleiner; in pathologischen Fällen, bei abnormer Verstärkung der Sehnenreflexe, kann ihre Länge eine viel bedeutendere sein und sich über 20—30, selbst 40 Schwingungen erstrecken. Einige sonstige Details der Muskelcurven sind im Original nachzusehen; ebenso die Krankengeschichte eines Falles von Poliomyelitis anterior chronica, die Verfasser anführt um zu zeigen, wie anschaulich lebendig insbesondere bei pathologischen Abweichungen sich das Gesammtbild des Reflexvorgangs in der graphischen Darstellung verkörpert; — eines Falles, der ausser manchem Bemerkenswerthen in symptomatischer Hinsicht, sich durch eine eigenthümliche, gleichfalls in den Myogrammen zum Ausdruck gelangende Einwirkung der Therapie auf die Sehnenreflexe auszeichnet.

Das Leiden führte zu einer rechtsseitigen Lähmung und Atrophie der Oberschenkelmuskulatur (Extensoren und Adductoren), wobei die Sehnenreflexe anfangs gesteigert, nach einigen Monaten bis zum Verschwinden abgeschwächt wurden; gleichzeitig zeigte sich Steigerung der mechanischen Muskelcontractilität der erkrankten Seite und eine bedeutende Verstärkung des Patellarsehnen-

reflexes auf der nicht gelähmten linken Seite. — Subcutane Strychnininjectionen (0,005—0,006 Strychn. nitr.) bewirken jedesmal nach spätestens 10—15 Minuten eine Anfangs sehr schwache und rasch vorübergehende, später jedoch ausgiebigere und länger (selbst noch am nächsten Tage) anhaltende Wiederkehr des Patellarsehnenreflexes. Beigefügte Curven veranschaulichen dieses Verhalten.

Engesser (Freiburg i. Br.).

---

619. **P. Hampeln** (Riga), **Die Heilung des Empyems.** Auf Grundlage der in Riga von 1878—1881 beobachteten Fälle. (Z. f. klin. Med. IV. S. 248.)

Verf. tritt entschieden für die operative Behandlung des Empyems auf, indem er noch in keinem Falle von Empyem Erwachsener eine spontane Heilung gesehen. Von 9 Fällen, die ohne operativen Eingriff behandelt worden und welche in kurzen Zügen beschrieben werden, endeten 8 tödlich und nur in einem Fall, der genauer nicht verfolgt werden konnte, trat relative Genesung ein. Er steht somit mit seinen Erfahrungen im Gegensatz zu den Mittheilungen von Traube, dass er häufiger als man annehme zur spontanen Perforation komme. Auch bei dem Empyem des kindlichen Alters ist der operative Weg sicherer, wiewohl hier der Ausgang in rasche Heilung vorkommt. Verf. hat von 2 Fällen einen durch die Radicaloperation, den andern, der kurz mitgetheilt wird, durch Perforation heilen sehen. Von diesem Standpunkt aus ist die Frage wichtig, welche Methode bei der operativen Behandlung in Anwendung gezogen werden soll, die Punction oder die Bildung einer offenen Fistel. Aus fremden und seinen eigenen Erfahrungen erhellt, dass, wenn auch bei secundärem Empyem (Phthisis), die Punction den Vorzug verdient, dieselbe beim Empyem Erwachsener, vorher gesunder Individuen, oder in Folge acuter Krankheiten nichts nütze und entschieden contraindicirt sei. Auch eine der Radicaloperation vorausgeschickte Punction zu Anfang der Behandlung kann höchstens den Zweck eines Aufschubs der Radicaloperation und den eines Palliativmittels, nicht aber den eines curativen haben. Unter den 10 eigenen Fällen, bei denen zuerst die Punction versucht wurde, entstand in 2 eine Fistel an der Punctionsstelle, in den andern musste die Radicaloperation schliesslich doch gemacht werden. Von 3 dieser Fälle theilt Verf. die Krankengeschichte mit.

Im Kindesalter dagegen erscheint auf Grund des in der Litteratur niedergelegten Beobachtungsmaterials, umgekehrt die Punction in erster Reihe indicirt.

Bei Erwachsenen tritt die Anlegung einer Brustfistel zu permanenter und definitiver Entleerung in ihre Rechte, welches Operationsverfahren, gemäss der reichen und zuverlässigen Operationscasuistik

(Krause, Ewald, Lebert, Wagner, v. Göschel, König, Israel) die günstigsten Erfolge aufzuweisen hat. Die jetzt zumeist geübte breite Eröffnung der Pleurahöhlen mit streng antiseptischer Nachbehandlung ist auch von H. in seinen Fällen zur Ausführung gebracht worden, meist verbunden mit partieller Rippenresection, anfangs mit häufigen Ausspülungen, später wurden dieselben fortgelassen.

Die Mortilitätsziffer sämmtlicher Empyemfälle (39) vom Jahre 1878—1881, 38,4 % erscheint günstig gegenüber den Berechnungen von Krause (67,5%), Lebert (62,0%), Ewald (56,62%). Die ohne operativen Eingriff behandelten Fälle weisen eine Mortalität von 8%, die mittelst Operation, meist radicaler Fistelbildung (29) eine solche von 24,13% auf.

Trotz dieser günstigen Erfolge birgt die Operation doch eine Reihe von Gefahren, welche die Ausführung nur von kundiger Hand wünschenswerth erscheinen lassen. Einige Beispiele aus seiner eigenen Erfahrung und der Casuistik Ewalds entnommen, beleuchten die Schwierigkeit der Operation und den durch sie oft direkt bedingten ungünstigen Verlauf der Krankheit (Pyaemie, Septicaemie, Peritonitis, Collaps). Beeinträchtigt wird ferner der Nutzen der Operation durch die oft über Monate zu Jahren sich hinziehende Verzögerung der definitiven Heilung der Operationsfistel. Zur Beseitigung der Gefahren einer immerhin eingreifenden Operation empfiehlt H. ein von ihm eingeschlagenes Verfahren, die Punction mit einem selbst construirten, breiten, flachen, gebogenen Troicart, dessen Einführung ein kleiner Hautschnitt vorausgeschickt wird. Als Operationsstelle empfiehlt sich am meisten der 4. resp. 5. Intercostalraum, zwischen Mamillar- und Axillarlinie. Nur bei zersetztem Eiter folgt die Ausspülung mit 5% Carbolsäure; die nach ca. 24—48 entfernte silberne Canüle des Troicart, wird durch ein Gummidrainrohr ersetzt. Die ausführlich angeführten auf diese Weise operirten Fälle weisen günstige Resultate nach, so dass Verf. diese Methode der Incission, selbst der Resection als gleichberechtigt an die Seite stellt und sie in allen frischen Empyemfällen für indicirt hält. Auch bei Behandlung des Empyems im kindlichen Alter, falls die Punction nicht zum Ziele führt, möchte Verf. die Fistelbildung durch Punction mit einem entsprechenden Troicart versucht sehen. Besondere Beachtung verdient das in seiner Dauer und seinem Verlauf unregelmässige und schwankende Fistelstadium. Vergleichende Untersuchungen zeigen, dass das Operationsverfahren auf die Raschheit der Genesung ohne wesentlichen Einfluss ist, dieselbe vielmehr von der richtigen Nachbehandlung vielleicht einzig abhängig zu machen ist und zwar ergiebt eine vergleichende Zusammenstellung, dass der antiseptische Occlusivverband bei richtiger Drainage und zeitgemässer Entfernung des Drainagerohrs — worüber sich allerdings noch keine endgültigen Regeln aufstellen lassen — bessere Resultate aufweist als die täglichen Ausspülungen.

Verfasser stellt die aus seinen Beobachtungen gesammelten Erfahrungen nochmals in folgenden Sätzen zusammen:

1. Primäre und secundäre nach acuten Krankheiten auftretende Empyeme indiciren an und für sich die Bildung einer Brustfistel. Nur ex indicat. vital. tritt die Punction provisorisch als Palliativmittel ein.

2. Je früher die Brustfistel nach Ablauf des acuten Stadiums angelegt wird, desto günstiger.

3. Bei frischen Empyemen genügt die Fistelbildung durch Punction, bei veraltetes dagegen oder schon bestehender Empyemfistel ist meist die Rippenresection erforderlich.

4. Beim Empyem der Kinder ist einfach die Punction als Heilmittel zu versuchen.

5. Das Ideal der Nachbehandlung ist ein antiseptischer Occlusivverband.

Hindenlang.

---

620. **Zahn, Note sur les plis respiratoires du diaphragme et les sillons diaphragmatiques du foie.** Ueber die respiratorischen Falten des Diaphragmas und die diaphragmatischen Furchen der Leber. (Rev. méd. de la Suisse Romande 1882. Nr. 1.)

Verf. hat die qu. Erscheinungen öfters an den Leichen von Personen gefunden, die zu Lebzeiten an hochgradiger Dyspnoe litten, besonders bei Emphysematikern und solchen Individuen, bei welchen doppelseitiger Kropf eine beträchtliche bilaterale Compression der Trachea herbeigeführt hatte. Er beschreibt dieselben als gradlinig von hinten nach vorn verlaufende Erhebungen auf der unteren Fläche des Zwerchfells und entsprechende Vertiefungen der Leberoberfläche, hauptsächlich des rechten Lappens. Während Cruveilhier die Entstehung solcher Falten und Furchen auf den Druck eines zu engen Corsetts zurückführt, unterscheidet Liebermeister zwei Arten derselben:

1) transversal verlaufende Furchen der convexen Leberoberfläche, verursacht durch den Druck des Rippenbogens bei angeschwollener Leber und behinderter Athmung (costale Furchen);

2) multiple, besonders auf der Oberfläche des rechten Leberlappens sich findende Furchen, deren Verlauf, geringe Breite und grosse Tiefe ihre Entstehung durch Rippendruck unwahrscheinlich macht. Trotzdem erklärt Liebermeister ihr Zustandekommen durch Druck des unteren Rippenrandes bei starker Behinderung der Athmung, besonders der Exspiration und nennt sie respiratorische Furchen. Verf. spricht sich für folgenden Entstehungsmodus dieser gradlinig von hinten nach vorn laufenden Furchen aus. Bei Athmungshindernissen, sei es durch chronische Bronchitis oder Verengung der oberen Luftwege, wird zunächst die Inspiration vorzugsweise erschwert. Das Zwerchfell arbeitet stärker und es entwickelt sich functionelle Hypertrophie seiner Rippenansätze. Der Stand des Zwerchfells erniedrigt sich dabei allmählich und an der, durch die starke Action der Bauchpresse angedrückten Leberoberfläche entstehen entsprechend den hypertrophischen Stellen des Diaphragmas Vertiefungen mit Schwund der Lebersubstanz (diaphragmatische Furchen.) Diese Vertiefungen können durch eine

gewisse Faltenbildung der Leberoberfläche zunehmen; die zwischen ihnen liegenden Kämme bringen durch Druck Atrophie der Muskelsubstanz an den entsprechenden Partieen des Zwerchfells hervor, so dass dieses hypertrophische Falten und dazwischen verdünnte Stellen zeigt, an welch letzteren schliesslich nur die beiden Serosen und Bindegewebe übrig bleibt. In den hypertrophischen Falten tritt dann leicht fettige Degeneration, wie beim Herzen, ein. Verf. glaubt, dass diese Zustände schon am Lebenden diagnosticirt werden können, wenn bei Erkrankungen der Athmungsorgane, die zur Dyspnoe führen, das Pneumatometer vermehrte relative und zuweilen auch absolute Inspirationskraft anzeigt.

Brockhaus (Godesberg).

---

621. **Unvericht, Beiträge zur klinischen Geschichte der krebsigen Pleuraergüsse.** (Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. IV. S. 79.)

Durch die Mittheilung zweier Fälle von carcinomatöser Pleuritis wird durch Beschreibung zweier bisher noch nicht erwähnter Erscheinungen die noch äusserst mangelhafte und unzuverlässige Symptomatologie zu erweitern, und dieselben für die wenigstens prognostisch sehr wichtige Differentialdiagnose — ob einfach entzündliche oder krebsige Pleuritis — verwerthbar zu machen versucht.

In dem ersten Fall handelt es sich um eine 62 Jahr alte Frau, welche mit den Erscheinungen eines linksseitigen pleuritischen Exsudates im Hospital Aufnahme fand. Die vorgenommene Probepunction ergab eine blutige Flüssigkeit, die mikroskopisch reichlich rothe, und spärlich weisse Blutzellen, weiterhin eine Anzahl minder grosser, mit Fetttröpfchen und Vacuolen durchsetzter Zellen enthielt. Nach 3 in kurzen Zwischenräumen ex indicat. vital. vorgenommenen Entleerungen des Exsudats erholte sich Pat. rasch, und konnte nach 3 Wochen das Hospital als geheilt verlassen.

Auffallend war der fieberlose Verlauf. Bald kehrte die Pat. mit den Erscheinungen des inzwischen wieder gewachsenen pleuritischen Ergusses in das Hospital zurück, und fanden sich nun entsprechend den 3 Punctionsstellen, ohne Röthung der Haut, harte hügliche, mit ihren Ausläufern ineinander übergehende Knoten. In der Umgebung derselben mässige ödematöse Schwellung. Auch an neuen Punctionsstellen entwickelten sich langsam subcutane Verhärtungen mit umgebendem Oedem, die mit den übrigen zu einer hügligen Difformität confluirten. Auf Grund dieses Phänomens konnte jetzt, nach dem anfänglich gutartigen Verlauf, die Diagnose mit Bestimmtheit auf carcinomatöse Pleuritis gestellt werden.

Durch die Section wurde die Diagnose bestätigt und dabei festgestellt, dass die offenbar secundär carcinom. Pleuritis ihren Ausgangspunkt in einem, im unteren Theil des L. Oberlappens gelegenen Geschwulstknoten genommen hatte. Die an den Punctionsstellen sich

entwickelnden Tumoren, deren Zusammenhang mit der Carcinomentwicklung auf der Pleura durch Zellzapfen, welche von der Pleura costalis aus die Intercostalräume durchsetzen, deutlich anatomisch nachgewiesen werden konnte, bildeten in diesem Fall die einzigen, für die sichere Diagnose einer Pleuracarcinose verwerthbaren Symptome.

Im zweiten Fall, eine 41 Jahre alte Frau, handelte es sich um einen doppeltseitigen Mammascirrhus, welcher seit einem Jahre bestand. Bei der Aufnahme fand sich ein grosser linksseitiger pleuritischer Erguss, dessen erste Erscheinungen ca. 8 Wochen zurück datirten und sich in nichts von einer einfachen Pleuritis unterschieden. Ausserdem bestand vollkommene Aphonie, welche sich innerhalb 4 Wochen entwickelte und als deren Ursache eine Lähmung des L. Stimmbandes nachgewiesen wurde. Nach vorübergehender Besserung erlag Pat. einer croupösen Pneumonie.

Die Section ergab ausgedehnte Carcinose der Pleura, Krebsmetastasen in den verschiedenen Organen. Der N. Vagus sinist. an der Stelle, wo die Pleura den Arcus Aortae unmittelbar neben dem Nerven überzieht, von Krebsknoten umschlossen, gänzlich atrophisch. Verfasser zieht aus dieser Beobachtung die für eine differentielle Diagnose verwerthbare Schlussfolgerung, dass in den Fällen von pleuritischem Erguss, welche aus irgend einem Grunde den Verdacht als auf carcinomatöser Grundlage beruhend erwecken, eine mit dem Exsudat auftretende Stimmbandlähmung derselben Seite die Diagnose einer carcinomatösen Pleuritis mit ziemlicher Sicherheit stellen lässt.

In einigen kurzen Schlussbemerkungen über den Werth und die Berechtigung der Punction secundärer Pleuraergüsse, hält Verf. dieselbe wenn natürlich auch nur als Palliativmittel zur Linderung der Beschwerden und Verlängerung des Lebens indicirt.

Hindenlang.

---

622. v. Ziemssen und Ter Gregorianz, Ueber die normalen Bewegungsvorgänge am Herzen der Catharina Serafico. (D. Arch. f. klin. Med. 1882. Bd. 30. H. 3 und 4.)

Die Contractionen der beiden Ventrikel zeigen im Wensentlichen den gleichen Ablauf. Die Annahme einer absatzweise erfolgenden Contraction der Ventrikel (Traube, Rosenstein) findet in den vorliegenden Beobachtungen keine Stütze. In Betreff der Deutung des Cardiogramms der Ventrikel schliessen sich die Verf. den Ansichten Marey's und Landois an.

Das Cardiogramm des l. Vorhofs resp. Herzohrs lässt einerseits eine Anatricrotie, andrerseits eine Katadicrotie erkennen; die Vorhofscontraction dauerte während des grössten Theils der Ventrikelcontraction fort und erreicht ihren Gipfel nicht lange vor dem des Ventrikels. Die Anatricotie harrt noch einer völligen Erklärung, die Katadicrotie, die

der Rückstosselevation in der Curve des l. Ventrikels entspricht, verdankt ihre Entstehung dem auf den Vorhof fortgepflanzten Stoss, der auf die Semilunarklappen zurückstürzenden Blutsäule. — Die Curve der Pulmonalarterie präsentirt sich als ächte polykatakrote Arteriencurve; aus Doppelcurven ist zwar das zeitliche Zusammenfallen der Rückstosselevation in der Ventrikelcurve mit der mittleren Erhebung im absteigenden Schenkel der Pulmonalarteriencurve nicht ersichtlich; aus anderen Ursachen glauben die Vf. jedoch diese Coincidenz als bestehend annehmen zu müssen.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

623. v. **Ziemssen, Ueber die mechanische und electrische Erregbarkeit des Herzens und des Nervus phrenicus.** (D. Arch. f. kl. Med. 30. Bd.)

Bei leichtem Druck auf das Herz wurden die Gipfel der Curven höher und die Fusspunkte rückten auseinander, bei stärkerem Druck stellte sich heraus, dass nicht etwa die Katadikrotie ausgeprägter wurde, sondern wirkliche Doppelcontractionen und zwar immer an beiden Ventrikeln sich zeigten; bei höchstmöglichem Druck starkes Delirium cordis. — Compression von 4 Hauptgefässen des Herzens hatte nur eine mässige Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens zum Effect. — Die electrische Reizung des n. phrenicus zeigte sowohl in Beziehung auf das Verhalten gegen den Inductionsstrom, als gegen den galvanischen kein anderes Verhalten, als die motorischen Nerven überhaupt. — Die electrischen Reizversuche am Herzen ergaben dagegen, dass das Herz durch kräftige constante Ströme sehr wesentlich in seiner Arbeitsleistung zu beeinflussen ist, während dies durch den Inductionsstrom mit den höchsten Stromstärken nur in sehr geringem Maasse möglich ist. Wendet man höhere Stromstärken mit regelmässigen Volta'schen Alternativen an, so gelingt es den Rhythmus entsprechend diesen plötzlichen regelmässigen Aenderungen der Stromstärke anzupassen, aber nur bei einer Frequenz der Commutation, die über der normalen Frequenz liegt. — Bei der Einwirkung eines constant fliessenden Stroms fand sich, dass bei stärkeren Strömen eine Beschleunigung der Schlagfolge um das Zwei- bis Dreifache des Normalen eintrat, die mit der Oeffnung prompt in die normale Frequenz umschlug.

Diese Resultate konnte Z. auch an andern Patienten, bei denen keine fissura sterni bestand, nachweisen.

Lachmann (Frankfurt a. M.)

---

624. E. **Rollet, Ueber die wahre Herzstenose.** (Medizin. Jahrbücher der Gesellschaft d. Aerzte. Jahrg. 1881. II. Heft. (Wien, bei Braumüller.)

Die Bezeichnung „wahre Herzstenose" wird für jene seltenen Fälle gebraucht, in welchen die Verengerung in der Höhle eines Herzventrikels selbst ihren Sitz hat, zum Unterschiede von den gewöhnlich als Herzstenose bezeichneten Fällen, wo die Verengerung an den venösen oder arteriellen Mündungen und den entsprechenden Klappen-Apparaten des Ventrikels sich vorfindet.

Die erste Beobachtung über diesen Zustand des Herzens, der sich später andere anreihten, stammte von Dittrich (1849) und betraf eine Verengerung im conus arteriosus des rechten Ventrikels. Die an die Veröffentlichung dieses Falles sich anschliessenden diagnostischen Bemerkungen von Hamernjk sprachen die Ansicht aus, dass solche Stenose sich nur im rechten Ventrikel ausbilden könnte, weil hier der Zugang zum ostium arteriosum von demjenigen zum Vorhof getrennt sei. Wenn nun Stenose des einen Zuganges eintrete, so inhibire dies noch nicht den Kreislauf, während am linken Ventrikel, wo portio auricularis und aortica nur eine Höhle bildeten, eine Verengerung auch beide Höhlen ergreifen und die Blutcirculation bald hemmen müsse. Diese Ansicht wurde widerlegt durch spätere Leichenbefunde mit wirklicher Herzstenose im linken Ventrikel von Treitz, Heschl, Leyden, Allis, Lauenstein und Lindmann. (Die näheren anatomischen Befunde sind im Original mitgetheilt.)

Verf. beobachtete nun selbst einen Fall, bei dem es ihm möglich war, bereits intra vitam die Diagnose auf „wahre Herzstenose" zu stellen, was in den frühern Fällen nicht gelang. Er betraf eine 47-jährige, etwas schwächlich gebaute Frau, die zeitweilig an Brustbeklemmungen und Herzklopfen, doch nie an Gelenk-Rheumatismus gelitten zu haben angab. Es bestand leichte Cyanose, jedoch kein Oedem und kein Fieber. Die wesentlichen Symptome von Seiten des Herzens waren: Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, etwas nach aussen von der Mammillarlinie, starke Elevation. Herzbewegung fühlbar vom linken Sternalrand bis zur vorderen Axillarlinie und im Epigastrium. Starkes Schwirren von der Herzspitze bis zum rechten Sternalrande an der unteren Hälfte des Sternums, darüber hinaus undeutlich. Bei der Systole: sausendes Geräusch an der Herzspitze bis gegen die Herzbasis. Stärkste Intensität im 4. Intercostalraum links vom Sternum. Bei der Diastole: deutliche schwache Töne auch in den Carotiden. Herzdämpfung etwas nach links und unten vergrössert. Puls sehr klein und schwach, irregulär, sehr frequent. Sonst keine besonderen Symptome von Seiten anderer Organe. Die Frau starb durch Hirnödem, die Section ergab constringirende Schwielenbildung in Folge chronischer Endo- und Myocarditis am sog. conus arteriosus sinister.

Aehnlich sind die Symptome in den Beobachtungen der anderen erwähnten Autoren. Die Diagnose stützte sich zunächst darauf, 1) dass das Schwirren wesentlich unterhalb des Abgangs der Aorta gefühlt und gehört wurde, während es bei Aortenstenose oberhalb desselben auftritt; 2) dass über der Aorta sowie über der Carotis ein deutlicher

Klappenton zu hören war, was bei Stenose im ostium aortae unmöglich war; 3) dass wohl Hypertrophie aber keine grosse Dilatation, wie sie Aortenstenose auszeichnet, da war. Gleichzeitige Erkrankung an den anderen Herz-Ostien war ausgeschlossen, der Puls klein und sehr frequent.

Verf. ist der Ansicht, dass es sich bei seiner Patientin um einen congenitalen Herzfehler gehandelt habe, gleichwie auch bei den anderen Fällen der Literatur, und dass eine hinreichend gute Compensation durch Hypertrophie des linken Herzens die Störungen der Blutcirculation so lange Zeit ausgeglichen habe, bis endlich ein Entzündungs- und Degenerationsprozess im Herzen den Tod herbeiführte.

Bartold.

---

625. **R. Zander, Morbus Brightii und Herzhypertrophie.** Von der Königsberger medicinischen Fakultät gekrönte Preisschrift. (Zeitschr. f. klin. Medizin 1882. Bd. IV. H. 1 u. 2 S. 101.)

Verf., der dieses Thema in seiner Inauguraldissertation bereits behandelt hat (Experimentelles zur Entscheidung der Frage über den Zusammenhang von chronischer diffuser Nephritis und Hypertrophie des l. Ventrikels), veröffentlicht hier dieselbe Arbeit, lässt ihr jedoch jetzt ein sehr werthvolles, erschöpfendes Resumé über sämmtliche diese Frage berührende Theorieen vorangehen (s. Original). Die gesammten aufgestellten Theorieen lassen sich in vier Klassen unterbringen. 1) Die chronische diffuse Nephritis und die Hypertrophie des Herzens haben eine gemeinsame dritte Ursache (Osborne, Johnson, Gall und Sutton, Buhl. 2) Erkrankungen am Herzen erzeugen die Brightsche Krankheit (Roger, Reinhardt und Frerichs). 3) Die Herzvergrösserung ist eine Folge der Nierenentzündung (Traube). 4) Chemische Veränderungen, die das Blut beim Morbus Brightii erleidet, erzeugen die Hypertrophie des Herzens (Malmsten, Grawitz und Israel). Wenn die von Grawitz und Israel gefundenen Resultate sich in vollem Umfange bestätigen würden, so würde sich die letzte Hypothese als die richtige erweisen. Z. unternahm eine Wiederholung und Prüfung dieser Arbeit und fand sehr stark abweichende Resultate. — Nach einseitiger Nephrotomie fand Verf. die Vergrösserung der intakten Niere nicht regelmässig; in 3 Fällen war letztere sogar kleiner als die exstirpirte. — Ebensowenig bestätigte sich der wichtigste Punkt der Gr. und I.'schen Arbeit, nämlich dass der Ausfall des Parenchyms einer Niere erst vollständig compensirt sei, wenn nicht nur die zweite Niere, sondern auch das Herz hypertrophire. Der Grawitz'sche Index zur Beurtheilung der Hypertrophie ist ausserdem keineswegs ein constanter, für einen Beweis daher unbrauchbar; nach andern Untersuchungsmethoden konnte Verf. niemals Herzhypertrophie nachweisen; ebensowenig kann Z. die Vermehrung des Harnstoffgehalts

zugeben. Nach alledem erscheint Verf. zu dem Schlusse berechtigt, dass es bisher nicht gelungen ist, durch Thierversuche eine endgültige Entscheidung über den Zusammenhang von Morb. Brightii und Herzhypertrophie zu geben.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

626. **W. Ebstein, Krebs der Niere und der Schilddrüse.** (D. Arch. f. kl. Med. XXX. S. 399.)

Abgesehen von der Seltenheit der Combination des Krebses der Niere und der Schilddrüse, liefert die Mittheilung E.'s einen interessanten Beitrag zur Unterscheidung des primären und secundären Carcinoms dieser Organe, und zur Differentialdiagnose des Aneurysma der Brustaorta.

Der Fall ist folgender: Ein 60jähr. Mann, welcher seit mehreren Jahren kurzathmig war und allmählig abmagerte, wurde plötzlich heiser. Die Störung der Stimme, sowie Schmerzen in der L. Brusthälfte veranlassten seinen Eintritt ins Hospital. Die Untersuchung ergab vollkommene Paralyse des L. Stimmbandes, unregelmässigen, jedoch nicht beschleunigten Puls, Füllung der correspondirenden Arterien am Hals und Arm ungleich: Rechte Radialis eng, wenig gefüllt, gegenüber der linken; R. Carotis sehr deutlich, die L. fast gar nicht zu fühlen. An der Ansatzstelle des L. Sternocleidomastoideus eine erbsengrosse verschiebliche Drüse. Ueber dem obersten Theil des Sternum Dämpfung, welche den R. Rand desselben überschreitet und nach abwärts bis zur 3. Rippe eine Breite von ca. 10 cm. hat. Mässige Verbreiterung der Herzdämpfung; mittelgrosses pleuritisches Exsudat L. — Das Exsudat (Probepunction) ist trübe, dunkel gefärbt und enthält weisse und rothe Blutkörperchen, ferner vacuolenhaltige Zellen. — Phthisis der L. Lungenspitze. Am Abdomen und seinen Organen ist nichts Krankhaftes aufzufinden. Urin ohne Eiweiss. Unter fortdauernder Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Auftreten von heftigen Athembeschwerden tritt plötzlich der Tod ein.

Die Section ergab Krebs der nicht vergrösserten R. Niere, deren untere Hälfte von einer hellgrauen Tumormasse fast ganz ersetzt ist; Metastasen in Lymphdrüsen, rechte Niere, Leber, Lunge, Pleura, sowie in die Glandula thyreoidea, in deren R. Lappen ein scharf umschriebener Knoten, während in dem linken ein vollauf grosser, jedoch nicht circumscripter, allmählig in das normale Gewebe übergehender Krebsknoten sich vorfindet; fettige Degeneration des N. Recurrens, welcher, wie die abgeplatteten Halsgefässe, dem Druck des Tumors ausgesetzt war; Herzhypertrophie; chronische Endocarditis; Pleuritis.

Ueber die Frage der primären oder secundären Natur des Krebs der Niere und Schilddrüse ergab die mikroskopische Untersuchung der Organe Aufschluss. Der allmählige Uebergang des Gewebes der Niere

in das der Geschwulst, und die mehrfach nachgewiesenen Uebergänge zwischen normalen Nierenepithelien und Wucherung derselben in der Continuität desselben Harnkanälchens sprachen für die primäre Erkrankung der Niere. Die Annahme eines secundären Carcinoms der Schilddrüse fand ihre Stütze in der im interstitiellen Gewebe nach der Peripherie hin sich ausbreitenden Krebswucherung und der auffallend langen Persistenz, der die im Allgemeinen unveränderten, nur verdrängten Drüsenbläschen ausfüllenden Colloidmassen, welche nach Schilderung Kaufmann's beim primären Krebs der Schilddrüse durch die primäre Wucherung des Bläschenepithels frühzeitiger zerklüftet werden und im weiteren Verlauf rascher verschwinden.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose war in vorliegendem Falle auf ein Aneurysma des Aortenbogens gestellt worden, welche Diagnose sowohl in Bezug auf die klinischen Erscheinungen, als auch in dem Mangel aller auf Carcinomerkrankung hindeutenden Symptome ihre Berechtigung fand.

Hindenlang.

---

627. **M. Litten, Einige Fälle von mycotischer Nierenerkrankung.** (Zeitschr. f. klin. Med. 1882. Bd. IV. H. 1 u. 2.)

Verf. hat zwei Fälle mit folgendem Symptomencomplex beobachtet: Beginn der Erkrankung mit Schüttelfrost und starker Temperatursteigerung (ohne vorhergegangene Prodrome); ebenfalls im Beginn gastrische Erscheinungen und Albuminurie. Die Harnausscheidung nahm rapide ab und hörte fast gänzlich auf, um bis zum Tode nicht wieder zu kehren. Im Harn starker Eiweissgehalt, rothe Blutkörperchen und die verschiedensten, z. Th. ganz auffällig breiten Cylinder. Es traten Oedeme auf, die schnell zunahmen, das Sensorium wurde benommen und nachdem sich die komplete Symptomenreihe der Uraemie eingestellt hatte, trat der exitus letalis nach etwa einwöchentlichem Bestehen der Krankheit ein. Bei der Sektion wurde neben den Veränderungen, wie sie alle Infektionskrankheiten übereinstimmend darbieten, eine diffuse Nierenerkrankung gefunden, die in einer ganz kolossalen Bakterieninvasion der sekretorischen und circulatorischen Abschnitte dieses Organs bestand. — Einen ähnlichen Fall fand L. von Bamberger beschrieben, wenn auch in diesem die bakteritische Natur des Prozesses nicht erkannt wurde; zwei andere fast gleiche Fälle wurden von Aufrecht 1881 veröffentlicht; da das L.'sche Manuscript sich bereits in den Händen der Redaktion befand, konnten sie bei der Besprechung nicht mehr berücksichtigt werden.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

628. Jahresbericht des allgemeinen ärztlichen Vereins zu Köln für 1880/81.

Aus den Sitzungsberichten dieses Vereins, (der Ende 1881 90 Mitglieder zählte,) geben wir in Folgendem Auszüge aus einigen Vorträgen, die innerhalb des von diesem Blatte umfassten Gebietes liegen und anderweitig noch nicht veröffentlicht sind.

Dr. **Korach** berichtet über einen höchst seltenen Fall von „Xanthelasma planum et tuberosum universale", der eine 25 jährige Dame betrifft, die in Folge von dauerndem totalem Choledochus-Verschluss an chron. Icterus litt. Unter starkem Hautjucken hatte dieser Monate bestanden, als das Xanthelasma innerhalb weniger Wochen in der typischen, schmutzig-blassgelben Farbe an den verschiedensten Körpertheilen auftrat, an den Streckseiten der Ober- und Unterextremitäten und den Nates in der tuberösen, an den Beugeseiten in Form des Xanthelasma planum et maculosum. In den Handtellern und der Volarfläche der Finger und Zehen folgen die confluirenden Flecke den Linien und Furchen der Haut. Als sich nach einem einjährigen Spitalaufenthalt der Gallenabfluss wieder herstellte und der Icterus abnahm, schwanden in gleichem Maasse auch die Xanthelasmaflecke grösstentheils (in den Handtellern bestehen sie noch; Icterus hat in letzter Zeit wieder zugenommen). Mikroskopisch zeigten die Knötchen in Uebereinstimmung mit den Angaben Waldeyer's einen Wucherungsprocess der Bindegewebszellen des Coriums mit ausserordentlich feinkörniger Degeneration oder Infiltration derselben ohne jede Hypertrophie oder Hyperplasie der Talgdrüsen.

Leichtenstern: Ein 32 jähriger Mann hat seit ½ Jahr das allmähliche schmerzfreie Anwachsen einer Geschwulst im Unterleibe bemerkt. Abdomen gewaltig ausgedehnt, misst in der Nabelhöhle 122 ctm. Der Tumor, von glatter Oberfläche, elastisch weich, ohne Fluctuation, reicht nach oben bis zum Schwertfortsatz, nach unten bis zur Symphyse und in's Becken, ist von der Milz und Leber abgrenzbar, gehört auch nicht der Niere an. Därme nach oben und hinten gedrängt. Interessant dabei die anhaltende Polyurie (3500—5000 cc, spec. Gew. 1003—6). L. sucht diese Erscheinung aus dem Drucke des Tumors auf den unterhalb des Abgangs der art. renal. liegenden Aortentheil zu erklären und der dadurch bedingten Drucksteigerung in den Nierenarterien, da Pat. wegen des das Zwerchfell hinaufdrängenden und die Athmung erschwerenden Tumors fast stets sitzt oder geht. Daher war die art. cruralis fast ganz, die poplitea und dorsalis pedis ganz pulslos. Trotz des auffallenderweise fehlenden Oedems der Unterextremitäten konnte aus den prall gefüllten ven. epigastr. inf. subcut. und ven. thorac. longae auf Compression auch der ven. cava inf. geschlossen werden. — Die später operativ entfernte 15 Pfund schwere Geschwulst erwies sich als ein weiches medulläres Spindelzellen-Rundzellensarcom mit schleimiger und fettiger Umwandlung einzelner Theile des Tumors, der vom retroperitonealen Zellgewebe der hinteren Bauchwand ausging.

Korach: Hemisystolie. 37 jähr. Frau mit Cyanose, Hydrops, Dilatation des r. Ventrikels. An der Herzspitze ein lautes langes systol. blasendes Geräusch, das mit einem kurzen schwachen diastol. Ton abschliesst; gleich darauf folgt, einer 2. Contraction entsprechend, ein zweites kürzeres aber ziemlich lautes systol. Blasen, dem ein kurzer intensiver zweiter Ton nachfolgt. Darauf längere Pause. Dem ersten systol. Geräusch synchron ist der Radialpuls; man zählt doppelt so viele Herzcontractionen (80) als Radialpulse (40). Der Bulbuspuls der jugularis ist ebenfalls aus 2 rasch aufeinander folgenden Pulsen zusammengesetzt, wovon der 2. deutlich grösser als der 1. Unter den Pulsbildern der Radialis zeigt sich wiederholt im absteigenden Schenkel der 1. Pulswelle eine der 2. rudimentären Ventrikularcontraction entsprechende Elevation. „Auch für den vorliegenden Fall ist die Annahme einer beide Herzhälften in gleicher Weise treffenden Herzbigeminie die einzig und allein berechtigte.“ Section: Mitralstenose.

B. Auerbach (Köln).

Neue Bücher.

Balfour, Clinical Lectures on diseases of the heart and aorta. 2nd. ed. London, Churchill. 12 sh. 6 d.

Böing, Thatsachen zur Pocken- und Impffrage. Eine statistisch-ätiologisch-kritische Studie. Leipzig, Breitkopf & Härtel. 2 M. 50 Pf.

Bulkely, Eczema and its management. New-York. 15 sh.

Halbertsma, Aetiologie d. Eclampsia puerperalis. (Samml. klin. Vorträge 212.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Hamilton, Nervous diseases, their description and treatement 2nd. ed. Lond., Churchill. 16 sh.

Lyman, Artificial anaesthesia and anaesthetics. 6 M. 70 Pf.

Morton, Refraction of the Eye, its diagnosis and the correction of its errors. With chapter on Keratoscopy. Philadelphia. 5 sh.

Mosetig-Moorhof, Jodoform-Verband. (Samml. klin. Vorträge 211.) Leipz., Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Oberst, Die Zerreissungen der männlichen Harnröhre und ihre Behandlung. (Samml. klin. Vorträge 210.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 23. Februar. Nro. 47.

629. **Herzog** (Graz), **Ein Fall von Morbilli-Scarlatina.** (Berl. kl. Wochenschr. 1882. Nr. 7.)

Verf. bringt für die früher so viel bestrittene jetzt durch zahlreiche Beobachtungen bewiesene Möglichkeit des gleichzeitigen Bestehens zweier acuter Exantheme, insbesondere von Masern und Scharlach, ein neues Beispiel. Ein 8jähriger Knabe erkrankte unter leichten katarrhalischen Erscheinungen der Luftwege und der Conjunctiva an Masern, am 4. Krankheitstage trat Abblassung des Exanthems und normale Temperatur ein, an demselben Abende wieder plötzliches Fieber von 40 ° C. mit heftiger Angina und Milztumor und am folgenden Tage Eruption eines charakteristischen Scharlachausschlags. Während am 6. Tage bereits eine kleienförmige Abschuppung im Gesichte, Nacken und Halse auftrat, breitete sich das Scharlachexanthem noch weiter

aus, zugleich stellte sich eine intensive Stomatitis ein. Hierauf Abblassung der Scharlachröthe und lamellöse Abschuppung, welche die kleienförmige überdauerte.

Kohts (Strassburg).

---

630. **Pott** (Halle), **Impfversuche mit aseptischer Vaccinelymphe.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XVII. Band. 2. u. 3. Heft. 1881.)

Verf. mischte frische Humana-Lymphe āā mit Salicylwasser 1:300. Borwasser 3,5:100, Carbolwasser 1,0—5,0:100,0 und impfte damit. Die Mischungen erwiesen sich alle wirksam, nur 5 % Carbollymphe war unwirksam, so dass man annehmen muss, dass 5 % Carbollösung das eigentliche Vaccinegift zerstört. Bei den 3—4 % Carbolimpfungen schien sich eine Verzögerung der Pocken um circa 2 Tage geltend zu machen, während sich die Impfungen mit Salicylsäure und Borsäure in nichts von den Impfungen von Arm zu Arm unterschieden. Nachtheile traten keine zu Tage. Als Vortheile macht Pott geltend, dass

1) das in der Lymphe enthaltene „erysipelatöse Gift“ vielleicht durch Zusatz von antiseptischen Lösungen zerstört wird und vaccinale Früherysipele vermieden werden;

2) dass die aseptische Lymphe sich voraussichtlich Jahre lang aufbewahren lässt, ohne dass sie verdirbt;

3) dass die Lymphe dünnflüssiger ist, keine Fibringerinsel enthält und mit der verdünnten Lymphe mehr als doppelt soviel Kinder geimpft werden können, als mit reiner Lymphe.

Kohts (Strassburg).

---

631. **Kopff** (Krakau), **Günstiger Einfluss von Erysipelas auf den acuten Gelenkrheumatismus.** (Przeglad lekarski 1881, Nr. 43. und 44. polnisch.)

Der günstige Einfluss des Erysipelas auf den Verlauf von Hautkrankheiten, Syphilis, Scrophulose und anderer Leiden ist schon oft anerkannt worden. Ein ähnliches Verhältniss zwischen Rothlauf und Gelenkrheumatismus beobachtete nur Champouillon, wo im Verlaufe einer chronischen Kniegelenksentzündung mit consecutiver Knochencaries und Phlegmone der Ausbruch von Erysipel die primäre Krankheit sehr günstig beeinflusst hat, so dass Patient in kurzer Zeit vollständig genas.

Vf. berichtet über vier auf der Abtheilung des Doc. Dr. Parenski im Krakauer Lazarus-Spital behandelte Fälle, in welchen die günstige

Beeinflussung des acuten Gelenkrheumatismus durch Erysipel klar zum Vorschein kam.

Fall 1. Ein 36jähriger Tagelöhner, aufgenommen am 7. I. 1879, leidet seit 3 Wochen an Gelenkrheumatismus. Die Schwellung trat zuerst im rechten Schultergelenke, darauf in den Ellenbogen- und Kniegelenken derselben Seite, endlich in beiden Sprunggelenken auf. Temp. normal, Puls beschleunigt. Die Anwendung von Ammonium causticum und Morphin, später auch subcutane Injectionen von Jodkali (2 %) blieben fast ohne Einfluss auf die Intensität der Krankheit. 10 Tage darauf tritt rechtsseitige croupöse Pneumonie auf, während welcher die Schwellung der Gelenke bedeutend abnimmt und die Schmerzen fast gänzlich verschwinden. Am zweiten Tage nach dem kritischen Ausgange der Pneumonie werden die Schmerzen in den Gelenken wieder stärker und bald stellt sich auch das entzündliche Oedem wieder ein. Indessen zeigt sich am 3. II. 79 nach prodromalen Erscheinungen Erysipelas der Nasenhaut, verbreitet sich darauf aufs Gesicht und die Hinterhauptgegend. Am 8. II. waren die Gelenke schon merklich abgeschwollen, am 10. II. weicht das Fieber, die Haut am Gesicht und Kopf schuppt sich ab, die Schwellung und die Schmerzen der Gelenke sind ganz geschwunden. 5 Tage darauf recidivirte das Erysipel an denselben Stellen, die Schwellung der Gelenke zeigte sich nicht wieder und am 25. III. konnte Pat. als vollkommen geheilt entlassen werden.

Fall 2 betraf eine 25jähr. Dienstmagd, die am 19. II. 1879 aufgenommen wurde. Seit 8 Tagen besteht eine starke Schwellung, Röthung und Schmerzhaftigkeit des rechten Handgelenkes. Ammon. caust., Morphin, Priessnitz'sche Umschläge, Fixirung des Gliedes, Massage, Jodtinctur, Vesicantien blieben fast ohne Erfolg. Am 3. V. bricht Erysipel in der linken Ohrgegend aus und verbreitet sich schnell aufs Gesicht. Die Schwellung des afficirten Handgelenkes schwand alsbald vollständig und kehrte auch nach Ablauf der Erysipelas nicht wieder.

Fall 3. 40jähr. Dienstmagd leidet seit 10 Tagen an acutem Gelenkrheumatismus; Temp. 39.0° C., P. 96. Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Handgelenke, bald darauf auch des r. Schulter- und des l. Kniegelenkes. Natrum acet., Salicylsäure und salicylsaures Natron blieben ziemlich erfolglos. Da tritt am linken Vorderarme Erysipel auf und rückt schnell bis zur Schulter hinab. Gleichzeitig verliert sich die Schwellung des linken Handgelenkes, während die übrigen afficirten Gelenke weniger schmerzhaft werden. Am 6. Tage nach dem Ausbruch des Erysipels schwand auch die Schwellung des rechten Handgelenkes, während sie am Knie bedeutend abnahm. Leider erlag Patientin einer plötzlich aufgetretenen Lungenentzündung.

Fall 4. 18jähr. Dienstmädchen, aufgenommen am 20. IX. 1880, seit 5 Tagen krank; Temp. 39.5. Das Sprunggelenk rechts, das Knie- und Handgelenk links geschwollen, geröthet, sehr schmerzhaft. In kurzen Abzügen treten noch (bei Temp. 40.0) Entzündungen des rechten Knie- und Ellenbogengelenks auf. Fast erfolglose Darreichung von Chinin und Salicylsäure. Nach plötzlich auf Augenlidern, Nase, Stirn und Wangen aufgetretenem Erysipel schwollen die Gelenke rasch ab. In einigen Tagen schwand die Schwellung auch aller übrigen Gelenke

vollständig. Am 23. X. verliess Pat. das Krankenhaus vollkommen geheilt.

Verf. recapitulirt die von ihm anderwärts berichteten Beobachtungen über den günstigen Einfluss anderer fieberhafter (besonders Infections-) Krankheiten auf den acuten Gelenkrheumatismus. Der Einfluss des Erysipels sei hier nur insofern eigenartig, als nach Ablauf desselben die rheumatische Affection der Gelenke nicht wiederkehrt, wie es nach anderen intercurrenten fieberhaften Krankheiten zu geschehen pflegt (siehe Fall 1.). Nachdem Verf. noch die von Du Bois, Zuelzer, Hueter und Tillmanns aufgestellten Erklärungsweisen des besagten Einflusses von Erysipel auf andere Krankeiten als unzureichend erklärt, will er hiebei das Verhältniss zwischen dem Contagium der primären Krankheit und dem des intercurrirenden Erysipels als eine Art „Kampf ums Dasein" aufgefasst wissen. Die Frage, ob etwaige Impfung des Erysipels als therapeutische Maassnahme im Verlaufe anderer Krankheiten vorzunehmen wäre, verneint Verf. entschieden, nicht nur, weil die beabsichtigte Uebertragung des Erysipelcontagiums selten gelingen dürfte, sondern auch deshalb, weil der Arzt den weiteren Verlauf des Erysipels willkürlich zu beherrschen nicht im Stande ist, so dass dasselbe manchmal gefährlicher als die primäre Krankheit selbst werden könnte.

Smolenski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

632. **A. Chauffard, Note sur un cas de cérité et surdité cérébrales, avec blépharoptose droite incomplète par lésion du lobule pariétal gauche inférieur et du pli courbe.** Fall von cerebraler Blindheit und Taubheit mit unvollständiger rechtsseitiger Blepharoptosis nach Läsion des linken unteren Parietallappens und des Gyrus angularis. (Revue de médecine 1881. Nr. 11.)

Ein 44jähriger Kellner, der bereits seit mehreren Monaten im Spital an einer unvollkommen compensirten, von allgemeinem Hydrops begleiteten Herzhypertrophie behandelt worden war, verlor am 10. October 1881 Abends plötzlich Sprache und Intelligenz und bot am nächsten Morgen folgenden Zustand dar:

Patient sitzt wie gewöhnlich auf seinem Bett, bewegt sich aber nicht, ist stumm, starrt ins Leere. Auf Fragen antwortet er nicht, Gesichts- und Gehörseindrücke scheinen ihm nicht zum Bewusstsein zu gelangen, er scheint überhaupt nichts von dem zu wissen was um ihn her vorgeht. Und doch wendet Pat., wenn man recht laut auf ihn einredet, wie mechanisch den Kopf nach der Richtung, woher gesprochen wurde; und er greift auch nach bekannten, täglich von ihm benutzten Gegenständen, z. B. nach seinem Glas, seinem Spuckgefäss, in ganz zweckmässiger Weise; eine Blindheit oder Taubheit im gewöhnlichen Sinne besteht also nicht. Bei Nadelstichen in die Haut zieht er langsam

die gestochene Extremität zurück, verräth aber keine Schmerzempfindung. Ausserdem fällt an ihm eine leichte rechtsseitige Ptosis auf.

In den nächsten Tagen derselbe Zustand; Pat. spricht, meist unverständlich, viel vor sich hin. Am 13. Oct. wurde der cerebrale Torpor noch stärker, Exitus.

Bei der Autopsie fand sich neben einem stark hypertrophischen Herzen und den Erscheinungen allgemeiner Stauung die Aorta in ihrem aufsteigenden und queren Abschnitt hochgradig endarteritisch entartet und mit einem frischen ulcerösen Defecte versehen; an der Oberfläche der linken Grosshirnhemisphäre ein deutlicher rother Erweichungsherd, fast von der Grösse eines silbernen Fünffrankstücks, welcher den Gyrus supramarginalis und den Gyrus angularis einnahm, nach oben bis zum Sulcus interparietalis, nach unten bis an das obere Ende der ersten Schläfenfurche und der beiden sie begrenzenden Schläfenwindungen reichte: an diesen Stellen waren Rinde und unterliegender Theil des Marklagers rosig erweicht.

Verf. bemerkt zu diesem Fall, dass bei dem erwähnten anatomischen Befunde die Parese des r. Levator palp. sup. sehr gut mit den Beobachtungen von Grasset und Landouxy harmonire, wonach die cerebrale Ptosis von einer Läsion des Gyrus angularis abhänge. Die übrige eigenthümliche cerebrale Störung ist nach Verf. nicht in den Rahmen der Aphasie einzufügen: dem Patienten fehle weniger die Fähigkeit sich auszudrücken, sondern es sei ihm überhaupt der Contact mit der Aussenwelt abgeschnitten; Gesicht und Gehör seien nur noch organische Functionen, aber nicht mehr Werkzeuge geistigen Erkennens. Sehr wohl lasse sich der Fall mit den neueren Erfahrungen der Physiologen, speciell mit der Ansicht Munk's von den sensorischen Rindencentren, in Uebereinstimmung bringen.

Lüderitz (Jena).

---

633. **Weinlechner, Abnorm langer processus styloideus als Ursache von Schlingbeschwerden.** (Wiener mediz. Wochenschr. 5. 1882.)

Verf. führt 2 Fälle an, bei denen durch Druck des in Grösse und Verlaufsrichtung abnormen proc. styl. beschwertes schmerzhaftes Schlingen geklagt wurden.

Bei einer Frau konnte der proc. styl., der sich in der Gegend der R. Tonsille als härtlicher Körper darstellte, durch kräftigen Druck unter hörbarem Krachen nach hinten verschoben und so die Schlingbeschwerden beseitigt werden.

Bei einer anderen Frau wurde dieser Körper ursprünglich für krebsiger Natur gehalten.

Ein Versuch den Knochen zu brechen misslang. Diese Knochenvorsprünge haben höchstens bei einer Tonsillotomie Bedeutung, insofern sie den üblichen Schnitt von unten nach aufwärts behindern würden.

Seifert (Würzburg).

---

634. **Hack** (Freiburg), **Ueber respiratorischen und phonischen Stimmritzenkrampf.** (Wiener mediz. Wochenschr. Nr. 2—5. 1882.)

Verf. berichtet über je 2 Fälle von respiratorischem und phonischem Stimmritzenkrampf.

I. Respiratorischer Stimmritzenkrampf.

Der eine Fall, 23jährig. Mädchen, wegen Syphilis aufgenommen, zeigte dass der Krampfzustand eines Schliessmuskelpaares genügt, um direkt das Leben zu gefährden.

Es war bei der Patientin in der 2. Woche des Spitalaufenthaltes acute Laryngitis, später Parese der mi. thyreo-aryt. int. und des m. transversus aufgetreten; alle diese Erscheinungen schwanden unter indifferenten Inhalationen und Faradisation der Glottismuskulatur.

In der 4. Woche stellte sich Nachts plötzlich ein Anfall von Erstickungsnoth ein (einige Nächte vorher hatte Pat. öfters keuchend respirirt), Pat. war völlig bewusstlos, die laryng. Untersuchung ergab: processus vocales in der Mittellinie fest auf einander gepresst, vor und hinter denselben die Glottis spaltförmig eröffnet.

Es war also der gefährliche Anfall durch die spasmodische Action der mi. crico-arytaen. laterales hervorgerufen. Es gelang, durch ein Schrötter'sches Hartkautschukbougie (Nr. 5) die proc. vocales auseinander zu treiben, der Krampf liess nach, die Athmung wurde regelmässig, Pat. erholte sich völlig. Ein drohender Anfall wenige Tage später wurde durch Einlegen eines Bougies coupirt.

Es beweist dieser Fall, dass auch in sehr bedenklichen Fällen von Glottiskrampf die Tracheotomie durch Bougirung des Larynx umgangen werden kann.

2. Fall: Ein 80jähriger Mann leidet schon seit 25 Jahren an Anfällen hochgradiger Athemnoth, Erstickungsangst.

Sämmtliche Larynxgebilde normal, nur im sinus pyriformis eine linsengrosse intensiv geröthete leicht geschwellte Stelle, durch deren Berührung sofort der typische Anfall erfolgt. Es war die erste Aufgabe der Therapie, die übermässige Erregungsfähigkeit der Nervenendigungsapparate abzustumpfen, von denen aus auf reflectorischem Wege der Krampf ausgelöst wurde und es fand diese Aufgabe ihre Lösung in der Behandlung der localisirten Schleimhautentzündung durch vorsichtige Application von Alaunpulver auf diese entzündete Stelle.

II. Phonischer Stimmritzenkrampf.

Bei den beiden unter dieser Rubrik angeführten Fällen betraf die Erkrankung vorher völlig gesunde kräftige Individuen, bei denen in keiner Weise irgend ein sonstiges Symptom nervöser Schwäche sich zeigte. Es lag beiden Fällen eine fortgesetzte Ueberanstrengung des Stimmorgans zu Grunde.

Der eine Fall betrifft einen etwa 30-jährigen kräftigen Mann, der das Amt eines Ausrufers bekleidete und wegen der Kraft seiner Stimme sich einer förmlichen Berühmtheit erfreute. Bei einer besonders starken lange dauernden Anstrengung der Stimme bekam er plötzlich die Empfindung als ob ihm die Kehle zugeschnürt würde, so dass er

nur mit grösster Mühe die Worte herauspressen konnte, wobei die Töne auffallend fistulirend wurden. Nach einer Pause von mehreren Wochen verschwanden die Erscheinungen, kehrten aber bei einer neuen Anstrengung wieder und traten dann bei jedesmaliger Bethätigung seines Ausrufergeschäftes ein, während die Stimme bei der gewöhnlichen Umgangssprache normal blieb. Schliesslich entwickelte sich eine Agoraphobie der seltsamsten Art, da Pat. auch beim gewöhnlichen Sprechen die Worte trotz der grössten Anstrengung nicht mehr hervorbrachte, sobald er sich unter freiem Himmel auf offenem Platze befand. Die Untersuchung ergab nichts Abnormes, die Stimmbänder wenig geröthet, schlossen prompt ohne krampfartige Schnelligkeit.

Percutane Faradisation und centrale Galvanisation erwiesen sich als nutzlos. Sein Ausruferamt gab Pat. nicht auf, es bereitete sich schliesslich langsam ein Uebergang von der zeitweiligen zur dauernden Aphonie vor. Verf. ist geneigt, den geschilderten Krampf als Reflexneurose aufzufassen, bei welcher die Erregung der motorischen Nerven von den sensiblen Muskelnerven ausging, wenigstens wäre es nicht undenkbar, dass für diese letzteren gerade die bei der Ermüdung der Muskulatur vorkommenden circulatorischen und chemischen Veränderungen einen stärkeren Reiz bildeten.

Der letzte Fall betrifft einen musculös gebauten Sergeanten, der wegen seiner lauten Commandostimme allgemein bekannt war.

Im September 1880 bekam er leichten Pharynx- und Larynxcatarrh, so dass er leicht heiser wurde. Im folgenden November konnte er nur noch in tiefer Stimme commandiren, von den höheren Tönen brachte er schliesslich nur noch ein hohes gepresstes „i" heraus. Die catarrhalischen Erscheinungen waren sehr gering und erklärten nicht den hohen Grad der Stimmstörung.

Einige Monate später constatirte H., dass sich die Stimmbänder beim Phoniren aneinander legten, aber noch einen schmalen Spalt zwischen sich liessen, am auffallendsten war das Fehlen der Vibrationen der Stimmbänder. Hie und da konnte man bei stärkeren Anstrengungen des Pat. wahrnehmen, dass sich das rechte Stimmband einen kurzen Moment über das linke hinüberlegte.

Pat. klagte über zusammenschnürendes Gefühl in der Kehle, ebenso über drückende Schmerzen auf der Brust unter dem Sternum.

Percutane und endolaryngiale Faradisation, sowie centrale Galvanisation hatten keinen Erfolg. Absolute Ruhe des Stimmorgans brachte die geringen catarrhalischen Erscheinungen zum Verschwinden, die Aphonie blieb dieselbe.

Auffallend war, dass Pat. im Excitationsstadium der Chloroformnarcose ganz laut schreien konnte, aber nach dem Erwachen wieder aphonisch wurde. Schliesslich gewöhnte sich Pat. an seine Aphonie und sprach nur noch mit Flüsterstimme.

Emphysembildung in den Lungen war nicht nachweisbar.

Es betheiligten sich am Krampfe weder die crico-arytaen. later. noch der transversus, sondern nur die in den Stimmbändern verlaufenden Muskeln.

Die Adductoren schieben bei den Phonationsversuchen die Stimmbänder in normaler Weise in die Mittellinie, aber der Exspirationsstrom

vermag die übermässig gespannten Saiten nicht zum Schwingen zu bringen. Verf. macht schliesslich noch auf die hohe Bedeutung der Thatsache aufmerksam, dass es einen partiellen Spasmus, isolirten Krampf einzelner Adductoren ebenso gut gibt, wie eine isolirte Lähmung einzelner Adductoren.

Seifert (Würzburg).

---

635. J. **Grancher, Du tympanisme sousclaviculaire étudié au point de vue des épanchements pleuritiques.** Ueber den subklavikulairen tympanitischen Schall bei pleuritischen Exsudaten. (Gaz. d. hôpit. 1882. Nr. 7.)

Der subklavikulaire tympanitische Schall bei pleuritischen Exsudaten kann verbunden sein: 1) mit verstärkter Respiration und mit Verstärkung der Stimmvibrationen, 2) mit Verstärkung der Stimmvibrationen und mit Verminderung der Respiration, 3) mit Verminderung des Respirationsgeräusches und mit Verminderung der Vibrationen. Jeder dieser drei Fälle entspricht einem besonderen Zustand der Lunge.

1. In dem 1. Falle (son +, vibration +, respiration +), wo die Respiration pueril und die Verstärkung der Vibrationen gegenüber der gesunden Seite beträchtlich sein kann, schliesst G. auf Integrität des Lungenparenchyms; dasselbe ist zwar komprimirt und verdrängt, aber es nimmt nicht direkt Theil an dem Krankheitsprozess. Die Pleuritis ist einfach und gibt die besten Aussichten auf vollständige Genesung („tympanisme de suppléance").

2. In dem 2. Falle (son +, vibration +, respiration —) kann das Respirationsgeräusch nur wenig vermindert oder fast ganz aufgehoben sein. Der obere Lungenlappen ist dann mit afficirt; er ist entweder im Zustand einfacher Compression, oder er ist tuberkulös erkrankt, und diese Erkrankung kann schon vorher bestanden haben und kann die Pleuritis überdauern; der letztere Fall ist sehr häufig, und stets ist das Athmungsgeräusch abgeschwächt, während die Vibrationen verstärkt sind. „Der subklavikuläre tympanitische Schall, verbunden mit Verstärkung der Stimmvibrationen und mit beträchtlicher Abschwächung der Respiration hat meistens eine Form der Lungentuberkulose zur Grundlage, welche durch ein pleuritisches Exsudat markirt ist" (tympanisme de congestion").

Der 3. Fall (son +, vibration —, respiration —) trifft zu, wenn eine Compression des Lungenhilus oder der grossen Bronchien des Oberlappens der Lunge durch das pleuritische Exsudat stattfindet, und bei Hydrothorax mit Lungenödem („tympanisme de compression et d'oedéme pulmonaire"). Diese dritte Form des Tympanismus ist viel seltener als die erste und insbesondere als die zweite, welche sich bei weitem am häufigsten findet.

Krankengeschichten und Sektionsbefunde bestätigen die aus dem Verhalten der drei Symptome gezogenen Schlüsse.

E. Bardenhewer.

---

636. **A. Fraenkel, Die klinischen Erscheinungen der Arteriosclerose und ihre Behandlung.** (Zeitschr. f. kl. Medic. IV, S. 1.)

In einigen einleitenden Bemerkungen berührt F. die Aetiologie der Arteriosclerose und die klinisch zunächst interessirende Frage über den ursächlichen Zusammenhang der Krankheitserscheinungen mit den anatomischen Veränderungen der Gefässe. Die hierüber angestellten Betrachtungen machen es im Einklang mit den schon früher ausgesprochenen Theorien (Traube) in hohem Grade wahrscheinlich, dass der anatomischen Veränderung gegenüber der Ausbildung der Krankheitserscheinungen nur eine sekundäre Rolle zufalle, dass alle diejenigen Momente, welche erfahrungsgemäss zur Arteriosclerose einen begünstigenden Einfluss ausüben, zunächst eine Steigerung des Gefässdruckes herbeiführen. Solche Momente sind gegeben in Abnormitäten der Lebensweise, wie sie zum Theil durch sociale Verhältnisse bedingt, dann ist aber auch der Einfluss bestimmter Constitutionsformen nicht zu verkennen. In der besseren Gesellschaftsklasse sind es sowohl jene corpulenten aufgeschwemmten Individuen, bei denen die opulente Lebensweise im Missverhältniss steht zu ihrer geringen körperlichen Bewegung, — als auch magere, die vorzüglich zu einer sitzenden Lebensweise gezwungen sind. Bei beiden Klassen bilden die frühzeitig auftretenden Circulationsstörungen, Stauung im Pfortadersystem, das primäre die arterielle Spannung und die Gefässerkrankung herbeiführende Moment.

In den niedern Schichten der Bevölkerung ist es der vermehrte Alkoholgenuss, welcher für die Druckerhöhung und das Zustandekommen der sclerotischen Veränderungen verantwortlich gemacht wird.

In den Vordergrund der klinischen Erscheinungen — welche bisher in den verschiedenen Lehrbüchern eine der Wichtigkeit der Affection entsprechende Berücksichtigung nicht gefunden, häufig auch verkannt und falsch gedeutet wurde — tritt die durch die vermehrten Widerstände für die Entleerung des L. Ventrikels bedingte Massenzunahme des L. Ventrikels, welche in der Mehrzahl der Fälle — meist gleichzeitig mit Dilatation — vorhanden ist. Die einmal ausgebildete Herzhypertrophie, deren Diagnose sich oft erhebliche Schwierigkeiten entgegenstellen, bildet die Grundlage des klinischen Symptomenbildes, und sind die im Verlauf der Affection auftretenden Störungen in erster Linie von dem Verhalten des Herzens abhängig zu machen.

„Die Kranken unterscheiden sich nach dieser Richtung hin in nichts von den mit einem Klappenfehler behafteten Patienten.“ Die zu Tage tretenden Symptome sind zunächst auch diejenigen einer Compensationsstörung, deren früheres oder späteres Auftreten von individuellen Verhältnissen, von der Ernährung und Lebensweise abhängig. Von

den leichteren Erscheinungen sind es die bei verhältnissmässig geringen Anstrengungen auftretende Beklemmung und Athemnoth, welche sich oft plötzlich zu einem schweren Anfall von cardialem Asthma steigern kann. Weiterhin sind es leicht recidivirende Katarrhe der verschiedenen Theile des Respirationstractus, bald rasch vorübergehende Schwindelanfälle, welche auf die veränderten Circulationsverhältnisse zurückzuführen sind und auf das Krankheitsbild aufmerksam machen. Bedeutungsvoller und gerade wegen der Häufigkeit bei Arteriosclerose wichtig sind jene unter den Erscheinungen eines paroxysmenweise auftretenden Schmerz- und Oppressiongefühls in der regio cordis unter Angst und Beklommenheit einhergehenden Anfälle von Angina pectoris. Die Ursache des Zustandekommens dieser Erscheinung sieht Verf. in einer vorübergehenden Schwäche des L. Ventrikels bei ungestörter Thätigkeit des Rechten.

Bedrohlicher als die das Leben meist nicht direkt gefährdenden stenocardischen Anfälle sind die im weitern Verlauf auftretenden Anfälle von cardialem Asthma, bei welchen das Herz wiederum den Ausgangspunkt der Erscheinungen bildet, welche auf der Abnahme der Leistungsfähigkeit des L. Ventrikels und der consecutiven Stauung im Lungenkreislauf beruhen. Das Bemerkenswerthe im Symptomenbild dieser Zufälle ist die Acuität derselben, das unerwartet plötzliche Einsetzen einer colossalen Dyspnoë (im Gegensatz zur Angina pectoris, wo dieselbe völlig fehlt), Cyanose, Pulsbeschleunigung, Schweisssecretion, Auftreten von Rasselgeräuschen über der Lunge, besonders H. U., mit spärlichem zähem Auswurf. Die Dauer ist verschieden, oft mehrere Stunden. Mit der Zunahme der Häufigkeit der im Lauf der Zeit in immer kürzeren Intervallen erfolgenden Anfälle hält meist eine Zunahme der Heftigkeit und Dauer gleichen Schritt. Allmählig entwickeln sich Veränderungen im Athemtypus (Cheyne-Stokes Phänomen), in der Qualität des Pulses (Nachlass der Spannung, Irregularität), physikalisch ist eine zunehmende Dilatation des L., später auch des R. Ventrikels zu constatiren, dauernde Stauung im Körpervenensystem, hydropische Erscheinungen.

Der Exitus lethalis tritt schliesslich unter den Erscheinungen des Lungenödems oder plötzlicher Herzparalyse ein. Durch Mittheilung zweier Krankengeschichten und Sectionsbefunde von Fällen cardialen Asthmas illustrirt Fr. die Frage von dem Zusammenhang dieser Zustände mit greifbaren anatomischen Veränderungen in der Structur des Herzmuskels. Diese sowohl wie anderweitige Erfahrungen lehren, dass die angenommene verminderte Leistungsfähigkeit des Herzens nicht allemal auf degenerative Processe der Herzmusculatur zurückzuführen ist, und die Erscheinung des cardialen Asthmas in keinem direkten Zusammenhang mit anatomischen Veränderungen des Herzens stehe, sodass also in der Pathogenese der Angina pectoris und des cardialen Asthma eine gewisse Uebereinstimmung nicht von der Hand zu weisen.

Die vorzugsweise Localisation der sclerotischen Processe an den Herzarterien führt nicht, wie man erwarten sollte, zu Abweichungen im klinischen Bild, aus denen eine Erkenntniss der Affection möglich wäre. Zwei Symptome sind es, welche wenigstens den Verdacht einer Sclerose der Coronararterien zulassen: 1) eine andauernde abnorme

Pulsverlangsamung, 2) ein frühzeitiges Auftreten eines irregulären Pulses bei wenig gespannten, trotzdem aber geschlängelten Radialarterien.

Bei der Behandlung ist auch der Prophylaxis ein wirksames Feld der Thätigkeit eröffnet; durch Regelung und Aenderung einer perversen Lebensweise, durch Fernehalten prädisponirender Schädlichkeiten (Alcohol), Sorge für angemessene körperliche Bewegung. Bei schon ausgebildeten anatomischen Veränderungen besteht die Hauptindication, neben den schon genannten diätetischen Maassnahmen, in der möglichen Herabsetzung der arteriellen Pulssteigerung und der dadurch nothwendigen vermehrten Herzarbeit. Erreicht wird dies zuweilen durch öftere kleinere Blutentziehungen, welche jedoch, besonders in späteren Stadien, nur mit Vorsicht anzuwenden sind. Zu versuchen sind jedenfalls nur noch weniger eingreifende Methoden, vorzüglich die Purgirmethode, wobei die Wahl der Mittel den individuellen Verhältnissen anzupassen, vortheilhaft mit diuretischen Medicamenten zu combiniren ist. Von den häufig angewendeten Glaubersalzquellen verdienen die kohlensäureärmeren (Carlsbad) den Vorzug. Ein diaphoretisches Verfahren bleibt hier aus leicht ersichtlichen Gründen ausser Betracht.

Bereits eingetretene Compensationsstörungen, besonders die gefährlichen Symptome der asthmatischen Anfälle erfordern ein excitirendes Regime. Die Anwendung ferner von Morphin in grossen Dosen bei den Anfällen ist unentbehrlich und wegen des beruhigenden, als auch nachgewiesenermassen druckvermindernden Einflusses von äusserst günstiger Wirkung. Eine Combination mit Digitalis, als eines nachhaltigen stimulirend wirkenden Mittels hat sich dem Verfasser am meisten bewährt, bei deren Dosirung übrigens möglichst zu individualisiren und deren Wirkung streng zu überwachen ist. Vor dem Gebrauch von Chloralhydrat muss dagegen gewarnt werden. Dem durch die sich mehr und mehr häufenden Anfälle folgenden Kräfteverfall ist durch ein roborirendes und excitirendes Verfahren möglichst entgegenzuarbeiten. — Ueber die von englischen Autoren (Stockes) angelegentlich empfohlene Behandlung des cardialen Asthma mit Quecksilber besitzt Verf. selbst keine eigene Erfahrung.

Hindenlang.

---

637. **Kelsch, Contribution à l'histoire des cirrhoses du foie. Note sur deux cas de cirrhose par rétention de la bile.** Zwei Fälle von Lebercirrhose in Folge von Gallenstauung. (Revue de médicine. 1881. Nr. 12.)

Verf. theilt folgende Fälle mit.

1. Eine 69jähr. Frau bekam Icterus und zunehmende Mattigkeit. Im Epigastrium fühlte man einen länglichen querliegenden, auf Druck

sehr schmerzhaften Tumor, die Stühle waren thonfarben. Später stellten sich spontane Schmerzen ein, die bei Druck aufs Epigastrium zunahmen, zeitweises Erbrechen, allmähliche Verkleinerung der Leberdämpfung, Ascites, und 4 Monate nach Beginn der Krankheit erfolgte der Exitus in hochgradigem Marasmus. Bei der Autopsie zeigte sich das grosse Netz carcinomatös entartet (jener fühlbare Tumor) und beide Blätter des Peritoneum mit Krebsknoten bedeckt. Die Leber war klein, matsch, von stark grün-icterischer Farbe. Gallenblase sammt den grossen Gallenwegen in einen orangegrossen festen Tumor verwandelt, der sich als Colloidkrebs erwies und im Innern eine grosse Anzahl kleiner Gallensteine beherbergte. Im Innern war die Leber ebenfalls auffallend weich, die grossen Gallenwege stark dilatirt. Histologisch fand sich eine starke Zunahme des die Gallenwege und Gefässe umgebenden Bindegewebes, bis ins Innere der Läppchen hinein; das eigentliche Parenchym war durch die fibröse Wucherung stark eingeengt, von blassgelber Farbe, die Mehrzahl der Drüsenzellen atrophisch. Zwischen den Parenchyminseln verstreute miliare Abscesse.

Verf. vermuthet, dass der primäre Herd der Carcinose die Gallenblase gewesen sei.

2. Ein 68jähriger Tischler bekam Gelbsucht und Schmerzen in der rechten Seite. Beides verschwand wieder, trat aber nach einigen Monaten von Neuem auf gleichzeitig mit kurzdauernden Fieberanfällen. Der Icterus nahm zu; die Leberdämpfung wurde erst stark vergrössert, später verkleinert; in der rechten Lungenspitze bildete sich Infiltration aus; die Schmerzen im rechten Hypochondrium dauerten fort. Nach einigen Monaten der Krankheitsdauer Tod im marastischen Coma. Die Section ergab Lungentuberculose und frische allgemeine Tuberculose des Peritoneums. Die Leber war atrophisch, ihre Oberfläche mit 7 bis Hühnereigrossen, mit grünlichem Eiter gefüllten Abscessen bedeckt; ihr Parenchym auf dem Durchschnitt ziemlich fest, blass olivengrün, mit zahlreichen bis kirschgrossen Abscessen durchsetzt. Ductus choledochus, hepaticus und Gallengänge bis unter die Leberkapsel verfolgbar, stark dilatirt. Gallenblase klein, enthielt etwa 20 erbsengrosse Concretionen. Ductus cysticus nahe der Mündung in den Choledochus durch Narbengewebe verlegt. Mikroskopisch zeigten sich Gefässe und Gallenwege des Parenchyms bis in die feinsten Verästelungen hinein von dichten Bindegewebsmassen umwuchert, die mittleren Gallengänge erweitert, die kleinen durch Leukocythenhaufen comprimirt oder obliterirt. Das Parenchym war, vornehmlich in der peripheren Zone des Läppchens, stark fettig infiltrirt.

In beiden mitgetheilten Fällen handelte es sich somit um eine diffuse extra- und intralobuläre Hepatitis mit degenerativem Character, welche ohne Indication des Gewebes zur Atrophie des Organes führte. Eine Drüsenentzündung mit ähnlichen Characteren wie hier bei der Leber scheine sich immer dann zu entwickeln, wenn der Abfluss des Secrets gehemmt ist: dafür sprächen die Untersuchungen Brissaud's über Epididymitis, die von Aufrecht über Nephritis beim Kaninchen. Die im zweiten Fall vorhandene Fettinfiltration sei von der Tuberculose abzuleiten.

Lüderitz (Jena).

638. **F. Marchand, Ueber eine grosse teratoide Mischgeschwulst des Ovariums und einen Fall von Inclusio foetalis abdominalis von einem 33 jährigen Manne.** Nach einem in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur am 13. Mai 1881 gehaltenen Vortrage. (Breslauer ärztliche Zeitschr. 1881. Nr. 21.)

Bei einem 23 jähr. Mädchen (aus der Clientel des Dr. Schnecking in Harzburg) entwickelte sich seit Juli 1880 auf der rechten Seite des Leibes unter den Symptomen von Druck, Unbequemlichkeit, Schmerzen nach Anstrengungen, Retroversio uteri eine allmählich wachsende Geschwulst, welche im April 81 als solider Tumor des rechten Ovariums angesprochen werden konnte. Die am 3. Mai operirte Kranke starb am folgenden Tage Nachmittags unter Trismus, Krämpfen, Collaps und einer Temperatur von 39, ohne vorhergegangene peritonitische Symptome. Aus dem makroskopischen Verhalten der Geschwulst war zu schliessen, dass es sich um eine jener ziemlich seltenen Mischformen von Eierstocksgeschwülsten handelt, welche sich an Dermoide anschliessen, aber gewöhnlich eine viel complicirtere Zusammensetzung darbieten. Die an dem frischen Präparat vorgenommene mikroskopische Untersuchung wies nach: 1) Cylinderepithel (gewöhnliche niedrige Cylinderepithelien, stellenweise auch in platte Zellformen übergehend, schwer von kleinzelligem Sarkomgewebe zu unterscheiden); 2) Flimmerepithel; 3) platte Epithelien (kernhaltig und kernlos); 4) Haare mit Haarbälgen und Talgdrüsen; 5) Bindegewebe (Bindegewebsgerüst des Tumors, ferner Knorpelstückchen); 6) Myxomgewebe; 7) Sarkomgewebe; 8) Fettgewebe; 9) Knochengewebe; 10) Zahngewebe; 11) glatte Muskelfasern. Von höheren animalischen Geweben waren vertreten: quergestreifte Muskelfasern und doppeltcontourirte Nervenfasern. An Schnitten des gehärteten Präparates waren versprengte Pigmentflecke zu beobachten (zusammengesetzt aus Pigmentepithel von der Form des Retinapigmentes, — ein in derartigen Geschwülsten, wie es scheint noch nicht gemachter Befund), ferner Ganglienzellen. Einige in der Geschwulst enthaltene Cysten besassen eine Wandung, welche vollständig an Darmwand erinnerte. Von besonderem Interesse, gegenüber den gewöhnlichen Dermoiden ist die innige Durchwachsung der verschiedenen Gewebsformen. Die Geschwulst stellt sich als diffuse Vergrösserung des ganzen Eierstocks dar und ist nicht, wie Dermoide, aus einem Abschnitt desselben hervorgegangen. Die vielfach verbreitete Meinung, derartige Geschwülste seien Mischformen aus glandulären Cysten mit Dermoid, trifft für diese Geschwulst nicht zu, da die in ihr enthaltenen Cysten nicht die Zusammensetzung der gewöhnlichen Eierstocks-Cyste haben.

Das zweite Präparat, ein grosses Teratom, ist eine der grössten pathologisch-anatomischen Seltenheiten, es stammt aus der Bauchhöhle eines 33 jährigen Phthisikers, welcher keinerlei Beschwerden von der Geschwulst hatte (zufälliger Befund). Der Tumor war mannsfaustgross und lag zwischen Aorta und linker Niere. Der grösste Theil desselben besteht aus ziemlich derbem, weisslichem Bindegewebe, welches vielfach mit ebenfalls derbem Fettgewebe durchsetzt ist; letzteres scheint aus fettiger Degeneration und Verdichtung von Muskelsubstanz hervorge-

gangen zu sein. In der Mitte der Geschwulst findet sich ein hakenförmiges Knochenstück mit gelblich-rothem Mark, auch am unteren Umfang eine grosse, nicht solide Knochenmasse, eine unregelmässig gestaltete bis 1 cm dicke Knochenmasse darstellend, welche eine Anzahl Fortsätze in's Innere sendet. Von besonderem Interesse sind die zu dieser Geschwulst gehörigen Cystenbildungen. Die grösste derselben, am unteren Umfange gelegene, entleerte bei der Eröffnung einen dickflüssigen, trüben, grauweissen Inhalt (wie der einer Ovarialcyste); ihre Innenfläche ähnelt gewissen Theilen der weiblichen Genitalschleimhaut, jedoch sind die dem Uterusrudiment etwa entsprechenden Muskelbündel von Drüsen durchsetzt, welche mit denen der Prostata vollständig übereinstimmen. Eine andere Cyste (mit Steinen gefüllt) ist unzweifelhaft als rudimentärer Darm anzusehen. Eine dritte Cyste ist man berechtigt für ein Rudiment der Schädelhöhle mit Dura mater und Nervensubstanz zu halten. Zweifellos hat man es hier mit einem rudimentär entwickelten Foetus (wahrscheinlich männlichen Geschlechts) in foetu zu thun. Eine sichere Bestimmung des Geschlechts ist bei den mangelnden Keimdrüsen nicht möglich. Die Entscheidung, ob die Anlage für weiblich oder männlich zu erachten, ist von besonderer Wichtigkeit, da in vorliegendem Falle eine wirkliche Doppelmissbildung vorliegt, jene Form, bei welcher der eine Embryo in einem sehr frühen Entwicklungsstadium in die Bauchhöhle des anderen (sogen. Autositen) aufgenommen wurde, um sich, wenn auch in unvollkommener Weise, weiterzuentwickeln, und es gilt das Gesetz, von welchem bis jetzt keine sichere Ausnahme beobachtet wurde, dass Doppelmissbildungen stets gleichen Geschlechts sind.

Julius Wolff (Breslau).

---

639. **Dr. E. Boegehold** (Arzt in Berlin), **Zur Behandlung des Blasenkatarrhs.** (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. 1882.)

Edlefsen und Schüller haben im Jahre 1877 über die Therapie der Cystitis Arbeiten veröffentlicht und sind zu entgegengesetzten Resultaten gekommen. Der erstere empfahl die Anwendung von Copaivabalsam und Terpentinöl innerlich und verwirft den Katheter und die Ausspülung der Blase mit antiseptischen Mitteln, Schüller ist umgekehrter Ansicht. Der Grund dieser Meinungsverschiedenheit mag nach dem Verf. theilweise daran liegen, dass die Blasenkatarrhe, die beide behandelten, auf verschiedener ätiologischer Basis beruhten. Edlefsen glaubt mit der internen Anwendung von Kali chloricum sehr zufrieden sein zu müssen und in der That stimmen die Erfahrungen des Verf. hiermit überein; doch schreibt er einen noch eclatanteren Erfolg der gleichzeitigen mechanischen Anwendung des Kali chloricum zu.

Dass Kali chloric. chemisch auf den Katarrh einwirkt, ist nicht anzunehmen, da eine in Intervallen von 48 Stunden vorgenommene Ausspülung der Blase mit diesem Mittel einen sehr günstigen Einfluss

auf den Katarrh und die Reaktion des Urins ausübte, obwohl das Mittel nur wenige Minuten in der Blase verblieb. Ebensowenig wirkt es nach Versuchen des Verf. antiseptisch. (Fleisch mit 5 % Lösung im Brütofen gestellt, beginnt stark zu faulen und wenige Tropfen von dieser Lösung entwickelten in Nährflüssigkeit die Zeichen einer vollständigen Impfung). Verf. kommt zu dem Resultate, dass die Erfolge nur durch seine adstringirenden, „umstimmenden" Eigenschaften zu erklären sind.

Bei Blasenkatarrhen, die auf eine „Erkältung" zurückgeführt werden mussten, half schon der innere Gebrauch (10,0 : 200,0 2-stdl. 1 Esslfl.). Bei Cystitis nach Einführung von Instrumenten half nur Einspritzung von Salicyl- oder Carbolsäure. In einer Reihe von Fällen, in denen chronischer Blasenkatarrh sich aus einem acuten, durch Erkältung entstandenen, oder durch Fortleitung einer Entzündung von der Urethra aus entwickelt hatte, half nach vergeblicher innerlicher und äusserlicher Anwendung von den bisher üblichen Mitteln nur die Injection einer 3 % Lösung von Kali chloricum.

Er trägt der Casuistik durch Mittheilung von 8 Fällen Rechnung. Alle wurden angeblich am chronischen Blasenkatarrh nach Erkältung oder Gonorrhoe mit den bekannten Mitteln behandelt; der 1. Fall bekam 20 Injectionen und wurde vollständig geheilt. Im 2. Fall wurde eine bedeutende Blutung aus der Blase nach Analogie der Uterinblutungen mit Injection von Wasser von 41 ° R. gestillt und der vorher schon vorhandene Blasenkatarrh nach 10 Einspritzungen vollständig sistirt. Aehnliche Erfolge in den übrigen Fällen. Nur in einem Fall von 4 Jahre bestehendem Blasenkatarrh trat nicht völlige Heilung, aber doch bedeutende Besserung ein.

Da bis jetzt Kali chloricum innerlich noch wenig, zu Injectionen noch gar nicht angewendet wird, so empfiehlt Verf. es eindringlich.

Menche.

---

640. **E. Schwarz, Experimente über die Wirkung des Liquor ferri sesquichlorati, der Tinctura Jodi und starker Lösungen von Argentum nitricum bei direkter Einführung in die Bauchhöhle.** (Centralbl. für Gynäkologie 1882. Nr. 6.)

Die Befürchtung, dass Tinct. Jodi, Liq. ferri sesquichl., Höllensteinlösungen oder andere ätzende Flüssigkeiten, wenn sie in die Bauchhöhle gelangten, daselbst eine universelle Peritonitis hervorzurufen vermöchten, war eine sehr verbreitete. So wurden die mehr oder weniger gefährlichen entzündlichen Affektionen des Bauchfells und namentlich der Beckenorgane, welche nach intra-uterinen Injektionen zuweilen auftreten, früher fast allgemein als durch Uebertritt eines Theils der injicirten Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle bedingt angesehen. Des Vf.'s Resultate sind:

1. Weder die Tinct. Jodi und der Liq. ferri sesquichl., noch starke (10- und 20-procentige) Höllensteinlösungen waren im Stande, auch wenn sie in erheblicher Quantität (1 cm) direkt in die Bauchhöhle und auf die Darmwandungen gebracht wurden, eine gefährliche d. h. eiterige Peritonitis hervorzurufen.

2. Der Effekt, den die Einspritzung der genannten Flüssigkeiten hervorbrachte, war ein wider Erwarten geringer. Nur die Höllensteinlösungen verursachten sofort heftige Schmerzen; bei der Jodtinktur und dem Liq. ferri schien dies nicht der Fall zu sein. Einen kranken Eindruck machten die Versuchsthiere nur am 1. Tage, vom 2. oder 3. Tage ab war das Befinden der Thiere ein annähernd normales.

2. Mit Ausnahme von Nr. 4 und 5 blieben die Versuchsthiere am Leben und boten auch niemals Symptome dar, welche auf eine erhebliche Entzündung in der Peritonealhöhle hingewiesen hätten.

Eiterige resp. septische Entzündungen entstehen eben wie sonst überall, so auch in der Peritonealhöhle nur bei Gegenwart infektiöser Stoffe und einer für dieselben geeigneten Nährflüssigkeit.

Die Aetzwirkung der genannten Flüssigkeiten ist eine ganz oberflächliche; nur wenig in die Tiefe gehende und ist eine Nekrose der Darmwand bei ihrer Applikation jedenfalls nicht zu befüchten. Auch hat es nach den Sektionsresultaten den Anschein, als ob eine einmalige, oder in grösseren Zwischenräumen wiederholte sehr energische Aetzung der Darmserose keine Verwachsungen der Gedärme unter einander und mit ihrer Umgebung bewirken könnte, dass hierzu vielmehr eine, längere Zeit gleichmässig anhaltende, also chronische, wenn auch nur schwache Irritation erforderlich sei.

Nach diesen Versuchsergebnissen braucht man keine grossen Bedenken mehr zu tragen bei der Exstirpation adhärenter Unterleibstumoren, die Stillung etwaiger Flächenblutungen aus der Bauch- oder der Drainwandung durch Anwendung mehr oder weniger concentrirter Lösungen von Liq. ferri sesquichl. zu bewirken.

Kocks.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 1. März. Nro. 48.

641. **Dr. N. Seeland, Ueber Skorbut und passive Blutungen in ätiologischer Hinsicht.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1882. Nr. 2 und 3.)

Aus Beobachtungen und Erfahrungen, welche er als Militärarzt in dem mittleren und südlichen Theil der Küsten-Provinz Ostsibiriens gesammelt hat, gelangt Verfasser zu dem Resultate, dass „der Skorbut bis jetzt unrichtiger Weise bloss für eine durch mangelhafte Diät herbeigeführte konstitutionelle Krankheit gehalten wird". Die mangelhafte Diät (Salzfleisch und Mangel an Gemüse) könne wohl das Entstehen der Krankheit begünstigen; die wirkliche Ursache derselben seien feuchter Boden und feuchte Wohnungen und die in denselben hausenden Mikroorganismen. „Höchst wahrscheinlich ist dieser Feind auch bei den zahlreichen Schiffsepidemien das Hauptagens; man braucht ja nur ein Mal auf einem nicht ganz neuen hölzernen Schiff gewesen

zu sein, um zu wissen, dass es dort in den Kajüten und sonstigen Räumen reichlich nach Schimmel riecht".

Nach S. liegen dem Skorbut, den passiven Blutungen und dem Wechselfieber dieselben schädlichen Einflüsse der Feuchtigkeit zu Grunde.

E. Bardenhewer.

---

642. **Chrostowski** (Warschau), **Gleichzeitiger Verlauf von Scharlach und Pocken bei demselben Individuum.** (Gazeta lekarska 1881. Nr. 53. Polnisch.)

Bei einem vor 3 Tagen erkrankten 19 jähr. Schusterburschen fand man (Warsch. Rochus-Spital) bei einer Temp. von 40.4° C. erythematöse Färbung der Haut am Hals und Rumpf, die der Wirbelsäule zu in eine mehr blasse Nüance überging; die intensiv rothen Partieen sind von punktförmigen Blutextravasaten durchsetzt. Röthung der Rachenschleimhaut, Anschwellung der Tonsillen, Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit der Submaxillar- und Halsdrüsen, Milztumor — bildeten das Gesammtbild der Krankheit, dem die Diagnose Scharlach gut entsprach. — Tags darauf tritt am Gesicht und den oberen Extremitäten ein zerstreuter fleckiger und knötchenförmiger Ausschlag auf, der auch auf der Schleimhaut des harten Gaumens constatirt werden konnte. Gegen Abend desselben Tages erblasste das Exanthem auf der oberen Thoraxpartie, wogegen der Ausschlag des Gesichtes und der oberen Extremitäten bedeutender wurde. Der Gedanke an gleichzeitig verlaufende Pocken und Scharlach lag nahe.

Am 3. Beobachtungstage wird das Scharlachexanthem immer blässer, die Papeln verwandeln sich in Bläschen und verbreiten sich auch auf die unteren Extremitäten, während sie auf der Rumpfhaut nur vereinzelt auftreten. Am 4. Tage weicht das Fieber und das Scharlachexanthem ist nur noch hie und da sichtbar; die Haut am Hals und Thorax schuppt sich kleienförmig ab, während der Pockenausschlag immer reifer wird, die Bläschen des harten Gaumens zusammenfliessen und die Submaxillar- und Halsdrüsen kleiner und weniger schmerzhaft werden. Im Verlauf der nächsten Tage schreitet die Desquamation des Scharlachexanthems immer mehr voran, indessen der Pockenausschlag weiter seinen normalen Verlauf nimmt. Nach einigen Wochen wurde Pat. gesund.

In Hinsicht auf das mit Ausnahme des Gesichtes über den ganzen Körper verbreitete Exanthem, das lange Bestehen und die Desquamation desselben, ferner auf Grund der Mitleidenschaft des weichen Gaumens und der Lymphdrüsen, wie auch des gleichförmigen Fieberverlaufes, sieht sich Verf. berechtigt, das Exanthem des Rumpfes für scarlatinös zu halten und den obigen Krankheitsfall als eine Combination von Scharlach und Pocken anzusehen. Erwähnenswerth ist hiebei noch der

Umstand, dass diese Combination in einem bereits vorangerückteren Alter auftrat und dass die von dem einen Ausschlag ergriffenen Körperpartieen von dem andern streng gemieden wurden.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

643. **M. Lannois, Contribution à l'étude des paralysies spontanées du plexus brachial.** Ueber spontane Lähmungen des Plexus brachialis. (Revue de médecine 1881 Nr. 12.)

Verf. theilt folgende Krankengeschichte mit:

1. Ein 23 jähriger Soldat bekam im October 1880 in einer Nacht, während welcher er in einem kalten Raume mit erhobenen über einander geschlagenen Armen, den Kopf auf die Hände stützend, geschlafen hatte, eine Lähmung des linken Arms. Schmerzen hatte er nicht. Die Lähmung blieb unverändert, und allmählich bildete sich eine leichte Abmagerung des linken Vorderarms aus. 4 Monate nach Beginn der Krankheit ergab die Untersuchung eine fast völlige Paralyse sämmtlicher Muskeln des Vorderarms mit Ausnahme des Supinator longus, sowie sämmtlicher Handmuskeln, gleichzeitig geringe Atrophie der gelähmten Muskeln, ausserdem beträchtliche Anästhesie des Vorderarms und besonders der Hand. Die Haut der linken Hand war bläulich, fühlte sich kühl an, und thermometrische Messungen ergaben Differenzen von 4° bis 7° gegenüber der gesunden Seite. Eine genaue electrische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Nach subcutaner Injection von Pilocarpin erfolgte die Schweissabsonderung am gelähmten Arm viel später und spärlicher als am rechten. Pat. wurde mehrere Monate hindurch mit dem faradischen Strom und mit zahlreichen anderen äusseren sowie inneren Mitteln behandelt, doch ohne Erfolg. Die Lähmung nahm sogar langsam zu. Im April war auch der Supinator longus beträchtlich paretisch, im Mai zeigte sich auch die Muskulatur des Oberarms und der Schulter schlaffer als auf der gesunden Seite und ihre Motilität herabgesetzt.

2. Ein 22 jähriger Soldat, der eine linksseitige Pleuritis überstanden hatte und als Reconvalescent aus dem Krankenhaus entlassen werden sollte, bekam Ende Juni 1881 unter Schmerzen in der rechten Schulter, die nach einigen Tagen wieder verschwanden, eine Lähmung des rechten Arms. Am 5. Juli ergab die Untersuchung eine starke Parese und deutliche Atrophie des Deltoideus, Biceps, Coraco-brachialis, brachialis internus und Supinator longus der rechten Seite, die faradische Erregbarkeit dieser Muskeln war herabgesetzt, Sensibilitätsstörungen fehlten. Unter electrischer Behandlung und Bepinselungen mit Jodtinctur war nach 2 Wochen eine deutliche Besserung der Erscheinungen aufgetreten.

Die zuletzt mitgetheilte Krankengeschichte schliesst sich eng an ähnliche von Erb und Remak beschriebene Fälle an, und Vf. giebt seinem Fall auch eine ähnlich Deutung: es handele sich vornehmlich

um eine Erkrankung der Wurzeln des 5. und 6. Cervicalnervs, deren electrische Reizung (in der Höhe des Querfortsatzes des 1. Halswirbels am äusseren Rande des Sternocleidomastoideus) eine isolirte Contraction des Deltoideus, Biceps, Coraco-brachialis und der Supinatoren zur Folge habe. Den zuerst beschriebenen Fall fasst Verf. auf als eine durch Erkältung entstandene Neuritis des Plexus brachialis; wahrscheinlich habe der Process sich allmählich im Plexus weiter ausgebreitet, und der obere Theil des letzteren, der im 2. Fall allein lädirt war, sei erst späterhin befallen worden.

Lüderitz (Jena).

---

644. **Drosche** (Wien), **Ueber diabetische Neuralgien.** (Wiener medic. Wochenschr. 1. 2. 1882.)

In neuerer Zeit machte Worms auf das Vorkommen symmetrischer Neuralgien als Ausdruck des diabetes mellitus aufmerksam und veröffentlichte 2 Fälle von diabetes, bei denen doppelte Neuralgien der ischiadischen und unteren Zahnnerven vorhanden waren, die erst nach eingeleiteter antidiabetischer Kost verschwanden. Verf. führt diese beiden Fälle kurz an und schliesst daran zwei eigene Beobachtungen an, von denen der erste einen 64-jährigen Mann betraf, der seit mehr als 10 Jahren an einer hartnäckigen Intercostalneuralgie litt, die Schmerzen stellten sich immer 2 Stunden nach dem Essen ein und wollten keiner Behandlung (Electricität, Kaltwasserkur, Thermalbäder etc.) weichen. Erst als D. den Pat. auf ausschliessliche Fleischkost setzte und ihn Carlsbader Schlossbrunnen trinken liess, blieben die Schmerzanfälle aus und konnte Pat. von der Neuralgie als geheilt betrachtet werden. Es ist das der erste Fall einer unilateralen Affection, wo auf Grundlage der richtigen Erkenntniss des Ursprunges der neuralgischen Schmerzen die Beseitigung derselben rasch und gänzlich nur auf Regelung der Diät im antidiabetischen Sinne erfolgte. Das regelmässige, fast typische Auftreten der Schmerzen nach den Mahlzeiten scheint wohl in der momentanen Ueberladung des Blutes mit Zucker und dessen toxischem Einwirken auf die Nerven begründet gewesen zu sein.

Der 2. Fall betrifft einen 64-jährigen kräftigen Mann, bei dem zuerst Schmerzen im rechten Oberschenkel, dann im rechten Arm und Hand sich einstellten; später strahlten die Schmerzen auch auf den linken Oberschenkel und Oberarm aus.

Bäder, Electricität, Narcotica hatten nur geringe Wirkung, Pat. kam körperlich immer mehr herunter. Am stärksten waren die Schmerzanfälle in der Nacht. Objectiv liess sich weder an der Wirbelsäule noch an den Extremitäten eine Veränderung constatiren.

Der Urin zeigte ein specif. Gewicht von 1,030 und einen Zuckergehalt von 4,07 %.

Bei länger fortgesetzter antidiabetischer Diät und Carlsbader Schlossbrunnen blieben die nächtlichen Schmerzanfälle aus und der

Schlaf wurde nur durch momentan auftretende blitzartige Stiche im r. Bein ein par Mal unterbrochen. Ernährung und Gemüthsstimmung wurden besser.

Bald jedoch hielt Pat. die strenge Diät nicht mehr ein, genoss Amylaccen und damit stellten sich auch die Schmerzen wieder ein.

Nach einer Cur in Carlsbad und strenger fortgesetzter Diät befand sich Pat. bald wieder ganz wohl.

Es bestanden bei dem Pat. gleichsam multiple symmetrische Neuralgien in der Ausbreitung der beiden Hüftnerven und Brachialplexus.

Die bisher beobachteten Fälle von diabetischen Neuralgien berechtigen zu der Schlussfolgerung, dass beim Diabetes Neuralgien vorkommen, welche ihren Ursprung in der toxischen Wirkung des Zuckers auf die peripherischen Nerven haben, jedoch ist damit nicht gesagt, dass alle Neuralgien bei Diabetes auf dieselbe Weise begründet sind.

Seifert (Würzburg).

---

645. **Dr. B. Auerbach, Zur Casuistik der Nervendehnung.** Nach einem Vortrag mit Krankenvorstellung im Allgemeinen ärztlichen Verein zu Köln. (Deutsche Med. Wochenschr. 1882. Nr. 3.)

In Folge eines heftigen Schreckens stellten sich bei einer 40jähr. Pat. Zittern, dumpfe Schmerzen und Schwäche im rechten Arm ein, wozu sich nach wenigen Monaten Schmerzen und motorische Schwäche auch im linken Arm gesellten. Der r. Oberarm und die Finger bleiben am Zittern unbetheiligt, der r. Vorderarm beschreibt in raschem Tempo schwache Pro- und Supinationsbewegungen. Zu diesen Symptomen, die eine allmähliche Zunahme erfahren, treten ferner noch hinzu Schmerzen im l. Unterschenkel und copiöse Schweisse. „Die Aetiologie und der Symptomenkomplex . . ., die progrediente Natur des Leidens, das Fehlen jeden anamnestischen Momentes für einen Intoxikationstremor und jeder Andeutung von Hysterie liessen keine andere Diagnose als Paralysis agitans zu“. Vielfache therapeutische Versuche waren erfolglos geblieben. Nach etwa 1½ Jahren wurde daher der r. Medianus und Ulnaris unter der Achselhöhle kräftig peripher und central gedehnt. Das Zittern hörte sofort auf, und ist nach vorübergehender Wiederkehr in geringerer Intensität, 4 Monate nach der Operation völlig verschwunden. Die dumpfen Schmerzen vergingen am 2. Tag, während kräftige reissende Schmerzen, die 5 Tage nach der Operation auftraten und jedenfalls neuritischer Natur waren, nur von kurzer Dauer waren, ebenso wie andere im Gefolge der Operation erscheinende Sensibilitätsstörungen. Die motorische Kraft besserte sich beiderseits, im l. Arm früher und stärker als im rechten.

In einem Fall von Dehnung bei Paralysis agitans auf der Westphal'schen Klinik, den Verf. citirt, war der Erfolg nur von kurzer Dauer gewesen.

Nach dem günstigen Resultat in dem selbstbeobachteten Falle hält A. weitere Versuche von Nervendehnung bei dem bisher als unheilbar geltenden Leiden für gerechtfertigt. Weitere Erfahrungen, insbesondere über die Dauer der Heilung würden dann ein Urtheil über den Werth dieses Mittels gestatten.

Stintzing (München).

---

646. **Dr. Hermann von Millhacker** (Bukarest), **Beitrag zur Pathologie des quergestreiften Muskels.** Aus dem med.-klinischen Institute zu München. (Ziemssen's Archiv. 30. Heft 3 u. 4. p. 304.)

Verf. stellte sich die Aufgabe, die negativen und objectiven Symptome von Seiten des Muskelsystems bei den verschiedensten acuten und chronischen Erkrankungen auf anatomische Veränderungen des Muskelgewebes zu basiren, Veränderungen, die uns bei Infectionskrankheiten und der Phthise schon bekannt sind. Die Untersuchungen ergaben in vielen Fällen ausgesprochene pathologisch-anatomische Befunde im Muskelgewebe; resultatlos blieb die Untersuchung der Blutgefässe; es war nämlich vorausgesetzt, die Veränderung derselben würde in gewisser zeitlicher Beziehung stehen zu der im Muskel.

Makroskopisch konnte besonders bei chronischen Fällen schon auf eine Erkrankung der Muskeln geschlossen werden, während bei acuten Fällen nur die mikroskopische Untersuchung eine Veränderung nachwies. Bei 4 Fällen von Combustio II. Grades hatten die Muskeln eine dunkel-braunrothe Farbe, waren aber histologisch nicht verändert.

Die histologischen Veränderungen im Muskelgewebe waren im Allgemeinen zweierlei Art: Veränderungen an den Muskelprimitivbündeln und Veränderungen im Zwischengewebe derselben und an den Gefässen.

Die trübe Schwellung kam vor in den acuten Fällen von Tuberculosa miliaris, Pericarditis, Endocarditis ulcerosa, Pneumonia crouposa und Febris puerperalis, in den chronischen von Nephritis interstitialis und Endocarditis fibrinosa cum stenosi valvul. mitralis. Aehnlich waren die Muskeln bei den 4 Fällen von Combustio verändert; doch nur in den oberflächlichen Partieen der Muskeln, die direkt unter den verbrannten Hautpartieen lagen.

Die fettige Degeneration war am weitesten verbreitet, von geringen Anfängen in acuten Fällen bis zur vollständigen Anfüllung des Sarcolemmaschlauches mit Fettemulsion in chronischen.

Die Einlagerung von Pigmentkörnchen war besonders stark ausgeprägt in einem Fall von Carcinoma ventriculi; ferner bei Miliartuberculose, Pneumonia crouposa mit Aortenatherom und in einem 2 Jahre alten Amputationsstumpf.

Die wachsartige Degeneration war selten, am meisten im Amputationsstumpf und in den Muskeln einer in Folge Verletzung des Nerv. radialis atrophirten Oberextremität.

Eine Vermehrung der zelligen Elemente der Muskelprimitivbündel war bei der parenchymatösen, fettigen und Pigment-Degeneration nachzuweisen. In dem Fall von Endocarditis fibrinosa zeigten die Muskelkörperchen eigenthümliche kreisförmige Ausschnitte ihrer Ränder oder waren durchlöchert. Die entsprechenden Defecte fand man ebenfalls. In den Muskeln von gesunden Kaninchen und eines, dessen Hinterbein in 10stündiger Ligatur gelegen hatte, waren dieselben Bilder nachzuweisen. Da diese Muskeln erst längere Zeit nach dem Tode untersucht wurden, so könnte man an Leichenerscheinung denken, besonders da sie sich in frischen Kaninchenmuskeln nicht fanden. Doch bleibt es dann Verf. fraglich, warum auf diese Leichenerscheinung nicht schon früher aufmerksam gemacht wurde.

Die Grösse der Primitivbündel war bei fettiger und Pigmentdegeneration verringert, bei der parenchymatösen vermehrt.

Die meisten Fälle müssen als das Resultat von Ernährungsstörung betrachtet werden und sind unter dem Namen der regressiven Gewebsmetamorphose bekannt, so besonders bei chronischen Leiden. Die Veränderung am Amputationsstumpf und der atrophirten Oberextremität als Unthätigkeitsatrophie. In den acuten Fällen, bei denen trübe Schwellung vorherrschte und nur geringe Atrophie der fettig entarteten Bündel, ist die Affection nur als eine symptomatische aufzufassen und fraglich, welchem Krankheitsfactor zuzuschreiben. Bei den Combustio-Fällen ist der hohe Hitzegrad die Ursache. Die Pigment-Degeneration im Amputationsstumpf erklärt sich durch Extravasation rother Blutkörperchen, in den anderen Fällen ist die Ursache in der grösseren Dauerhaftigkeit des Muskelfarbstoffs zu suchen.

An den Capillargefässen kam fettige Degeneration zugleich mit der des Muskels vor und beide hielten gleichen Schritt. Dass dieses gleichzeitige Vorkommen häufig ist, fanden schon frühere Forscher. In den Fällen von Combustio bestand feinstaubige Trübung der Capillarwandung; diese waren theilweise zerrissen und es fanden sich zahlreiche Ecchymosen im Gewebe. Dass die hohe Temperatur diese Veränderung und so Brüchigkeit der Gefässwandung veranlasste, erscheint nicht zweifelhaft.

Die Veränderungen am Perimysium internum, den kleineren Gefässen, im interstitiellen Bindegewebe und den grösseren Gefässen werden wegen ihrer Zusammengehörigkeit zugleich besprochen. Sie bestanden im Allgemeinen in quantitativer Zunahme und Vermehrung der zelligen Elemente. Bei den chronischen Fällen, in denen die contractile Substanz regressiv metamorphosirt war, war besonders diese Bindegewebszunahme vorhanden.

Die Veränderungen der morphologischen Zusammensetzung der Secundärbündel zerfallen in 2 Gruppen. Die erste besteht in einer Auseinanderdrängung der Primitivbündel, die ein Secundärbündel zusammensetzen durch Vermehrung des Perimysium internum und Wucherung des um die kleineren Gefässe liegenden Bindegewebes. Hierdurch werden schliesslich die Primitivbündel gegen die Peripherie des Secundärbündels gedrängt.

Die II. Gruppe umfasst die sogenannten umschnürten Bündel, die zuerst Fränkel beschrieb und dessen Ansicht Vf. grösstentheils be-

stätigen konnte. Es sind vom Secundärbündel durch umfassende Bindegewebszüge isolirte Primitivbündel, die Gestalt des Secundärbündels selbst erscheint hierdurch lückenhaft. Hauptsächlich sollen sie in der Daumenballenmuskulatur vorkommen.

Verf. unterscheidet: 1) Unvollständig umschnürte Bündel, deren Scheide also nicht vollständig geschlossen ist und die sich durch Hämatoxylin intensiv dunkelblau färbt. Gewöhnlich findet sich in ihrer nächsten Umgebung der Querschnitt eines Gefässes, dessen gewucherte Adventitia oft in direkter Verbindung mit dieser Scheide steht und so die Entstehung erklärt. Solche Bündel ohne nachbarliches Gefäss scheinen aus einer Wucherung des Perimysium internum hervorzugehen, wenn nicht diese Wucherungen ebenfalls wieder von collabirten kleinen Gefässen ihren Ursprung herleiten.

2) Die vollständig umschnürten Bündel von gewöhnlich längsovaler Form. Scheide weniger kernreich als bei den unvollständig umschnürten Bündeln; färbt sich nicht durch Hämatoxylin, nur die Kerne; die abgetrennten Primitivbündel werden von der Scheide nicht wie bei 1) dicht umschlossen, es bleiben Lücken, die entweder leer oder mit kernartigen Elementen ausgefüllt sind. Ferner ist die Isolirung vom Secundärbündel eine vollständige. Die eingeschlossenen Primitivbündel sind kleiner als die des Secundärbündels, oft ist ein auffallend grosses neben kleinen Bündeln vorhanden. Aus allem diesen geht hervor, dass die vollständig umschnürten ältere Gebilde sind. Dasselbe Verhältniss zu den Gefässen fand sich auch hier wie in 1). Die Scheide eines Nerven hat keine Beziehung zu der des Bündels.

3) Die umschnürten Bündel mit höchst wenigen atrophirten oder gar keinen Muskelfasern. Die Scheide ist vollständig kernlos, bindegewebig. Sie sind vom geringsten Umfang und weiter vom Secundärbündel entfernt als die vorhergehenden. Dass sie nicht Kunstprodukte durch Herausfallen der Muskelfasern sind, beweist das Fehlen leerer Räume in denselben und ihre relative Seltenheit.

Die Anzahl dieser 3 Formen im Muskelquerschnitt richtet sich nach der Intensität des interstitiellen Wucherungsprocesses. Sie fanden sich in 26 Leichen mit anormaler Muskulatur 21 mal, also in 84,9 %; in 89 untersuchten Muskeln 45 mal, also 50,5 %. Die Prädilectionsstellen liessen sich nach dem vorliegenden Material noch nicht feststellen.

Diese 3 Arten von umschnürten Bündeln stellen die Stadien desselben Processes dar, der als interstitieller zu bezeichnen ist und entweder vom Perimysium internum oder von den Gefässscheiden ausgeht. Als jüngste Erzeugnisse sind die unvollständig umschnürten Bündel anzusprechen, die sich weiter zu 2.) und 3.) entwickeln. Ausser den obigen Gründen spricht hierfür das Schritthalten der übrigen interstitiellen Veränderungen. Dass die Funktion der so afficirten Muskeln leidet, ist einleuchtend. Fraglich bleibt, weshalb einmal der interstitielle Process diese umschnürten Bündel bildet, das anderemal zu Auseinanderdrängung der Muskelfasern eines Secundärbündels führt. Schwieriger wird noch die Lösung der Frage durch das zwar seltene Vorkommen auch im normalen Muskel. Gewiss interessant würde es sein, zu untersuchen, ob auch bei progressiver Muskelatrophie und Pseudomuskel-

hypertrophie, bei denen der interstitielle Process nach den meisten Forschern primär auftritt, sich diese Gebilde finden.

Die hier beschriebenen Vorgänge im interstitiellen Gewebe sind als secundäre anzusehen, wenigstens bei den chronischen Fällen. Nur die Entstehung dieser Veränderungen durch traumatische, direkt oder indirekt vom Nerven aus auf den Muskel wirkende Läsionen, scheint primären Ursprungs zu sein.

Menche.

---

647. **Dr. Riegner** (Primärarzt), **Ueber Aneurysma der carotis communis, Ligatur oberhalb des Sternoclaviculargelenks.** Vollständige Heilung. (Verhandlungen der Medicinischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. Sitzung vom 29. November 1881.)

Redner leitet seinen Vortrag ein mit einer Darlegung der Resultate der in der vorantiseptischen Zeit bei Aneurysmen der Carotis ausgeführten Operationen. 28 Fälle endeten nach Pilz mit vollkommener Heilung, 3 Kranke genasen ohne Beseitigung des Aneurysma's, 18 starben an den Folgen der Operation. Aus der Zeit seit allgemeiner Einführung der Lister'schen Methode hat R. im Ganzen nur 8 Fälle von Aneurysma der Carotis in der Litteratur auffinden können, wovon 1 Aneurysma der Carotis externa in 40 Tagen durch Digitalcompression von im Ganzen 283 Stunden, ein anderes durch instrumentelle Compression der Geschwulst innerhalb eines Jahres, ein drittes durch äussere Application des faradischen Stroms (17 Sitzungen von 10 Minut. Dauer) geheilt wurde, während in den 5 übrigen Fällen die Ligatur der Carotis communis ausgeführt wurde, einmal oberhalb der Clavicula, 4 mal in der Mitte des Halses. Einer dieser Fälle, in welchen Dittel wegen des bis an die Clavicula reichenden Aneurysma's die periphere Ligatur anzulegen genöthigt war, endete tödtlich durch jauchigen Zerfall der Ligaturstelle und Blutung. Ausserdem fand R. 10 Fälle von centraler Unterbindung der Carotis communis, von welchen 3 in unmittelbarem Anschluss an die Operation starben, 7 theilweise in ihrem Leiden gebessert oder selbst geheilt wurden. 3 betrafen ein Aneurysma der Carotis interna mit Exophthalmus etc., (davon 1 geheilt, 2 gestorben), 2 betrafen ein Aneurysma der a. meningea media (1 geheilt, 1 gestorben), 1 ein Aneurysma der a. occipitalis (geheilt), die letzten 4 Unterbindungen wurden von Reyher ausgeführt, (3 zur Wachsthumsbeschränkung irreparabler Geschwülste, 1 wegen Blutung aus einer Fissur bei Wirbelcaries). Keine endete letal. Der von R. mitgetheilte Fall betrifft einen 54 Jahre alten Kaufmann, bei welchem sich ohne vorhergegangenes Trauma eine pulsirende eiförmige Geschwulst linkerseits in der Höhe des Kehlkopfs, der Längsrichtung desselben ziemlich folgend, entwickelte. Herz und Gefässe des Kranken waren gesund. Ueber dem Tumor war lautes Schwirren zu hören, der Puls der linken A. tem-

poralis gegen den der rechten verlangsamt. Zunächst wurde Digitalcompression, sodann instrumentelle Compression (mit einem federnden Pelottencompressorium) angewendet, Eisblase, schmale, flüssige Kost verabreicht und Jodkalium innerlich verordnet. Das Aneurysma wurde kleiner. Als sich jedoch Pat. 2 Tage der Behandlung entzog, wurde das Aneuryma erheblich grösser als vor Beginn der Behandlung (es bildeten sich eine seitliche Ausbuchtung des primären Sacks), Patient wurde heiser (Druck auf den Recurrens) und hatte Schlingbeschwerden. Wegen Gefahr der Vergrösserung und Ruptur des Sackes wurde die Operation beschlossen. Nach Allan Burns wurde ein 6 cm langer Schnitt am Innenrande des Kopfnickers, etwas unterhalb des Sternoclaviculargelenks beginnend, nach oben geführt. Nach Eröffnung der Gefässscheide etc. geschah die Unterbindung mittelst einer gebogenen Ohrsonde mit doppeltem starkem Catgutfaden, keine Durchtrennung zwischen den Ligaturen. (Operirt wurde unter Dampfspray.) Der Sack fiel sofort nach der Unterbindung zusammen. Erscheinungen von Seiten des Gehirns traten nicht auf. Temperatur war bis auf eine vorübergehende Steigerung auf 38,7 normal. Alle Beschwerden besserten sich, Heiserkeit und Dysphagie schwanden vollständig. Nach 13 Tagen Entfernung des Listerverbandes, Wunde war linear vereinigt, bis auf eine erbsengrosse granulirende Fläche am unteren Ende, wo das decalcinirte Drain gelegen. Letzteres sowie die Catgutnähte resorbirt. An Stelle des Sackes palpirte man eine zweimarkstückgrosse flache Geschwulst, von fester Consistenz, nicht pulsirend. Dicht über der Clavicula war der Carotispuls fühlbar, nicht oberhalb der Geschwulst. Patient befand sich vollkommen wohl. 7 Wochen nach der Operation (am 29. Nov.) war von der Geschwulst nichts mehr zu sehen, wie man sich bei der am Ende des Vortrages erfolgenden Krankenvorstellung überzeugen konnte.

Julius Wolff (Breslau).

---

648. **Quincke** (Kiel), **Ueber die Entstehung des Magengeschwürs.** Vortrag im Kieler ärztl. Verein am 13. Dec. 1879. (Deutsche med. Wochenschrift No. 6. 1882.)

Während man einig ist, dass an der Entstehung der Magengeschwüre die verdauende Wirkung des Magensaftes Antheil hat, ist die primäre Ursache in verschiedene Hypothesen gekleidet. So nimmt Rokitansky als solche die kleinen Haemorrhagien an, die häufig bei katarrhalischen Entzündungen oder Stauungshyperämie der Magenschleimhaut, nach ausgedehnten Verbrennungen und Hautläsionen auftreten. Wrikon sucht die Ursache der Haemorrhagien in Veränderung der Gefässwand; doch ist die Coincidenz leider noch selten constatirt. Panum wies nach, dass nur durch multiple Embolien, die sämmtliche Collateralien verlegt hatten, Magengeschwüre entstanden; mithin klinisch nicht verwerthbar. Klebs vermuthet krampfhafte Contraktionen der Magenarterien, Rind-

fleisch Venencompression bei Brechbewegung, Axel Key glaubt, dass bei cardialgischen Anfällen der Krampf der Magenmuscularis die in die Schleimhaut eintretenden Gefässe an circumscripten Stellen comprimire. Böttcher wälzt auch hier die Schuld den Mikrokokken zu, wogegen Körte, Schüler Recklinghausens, diese feinkörnigen Massen auf dem Geschwürsgrund als Detritus erklärt. Pavy wies zuerst durch den Versuch nach, dass die Versorgung der gesunden Schleimhaut mit dem alkalischen Blut sie vor der Verdauung schützt, er sah Selbstverdauung beim Hund nach Unterbindung von Cardia, Pylorus und sämmtlicher Magengefässe und nach Unterbindung eines Stückes der Magenwand. Roth erzeugte Geschwüre beim Kaninchen durch Verschlucken von Höllensteinstücken.

Diese Versuche hatten den Nachtheil, dass sie den Vorgang der Geschwürsbildung selbst zu sehen nicht erlaubten. Q. veranlasste daher seinen Schüler Daettwyler nach folgender Methode zu experimentiren. Es wurden Hunde benutzt, denen eine Magenfistel mit eingeheilter Kanüle angelegt war. Für gewöhnlich war diese Kanüle durch den Kork verschlossen, so dass die Verdauung ungestört weiter ging. Bei nüchternem Zustand konnte nach Entfernung des Korkes der gegenüberliegende Theil der Magengegend gut übersehen werden. So konnte man die verletzte Magenstelle beliebig oft wochenlang beobachten. Die Eingriffe bestanden 1. in mechanischen (Kneifen der Schleimhaut mit einer Pincette, temporäre oder bleibende Umschnürung einer Schleimhautfalte mit einem Faden, Excision eines Schleimhautstückes.), 2. thermischen (Berührung der Schleimhaut mit warmem oder heissem Eisen) 3. chemischen (oberflächliche Anätzung mit Alcohol, Höllenstein, acid. nitric. fumans; submucöse Einspritzung von Höllenstein oder Eisenchlorid-Lösung).

Bei allen diesen Eingriffen schien die Magenschleimhaut im Ganzen und die Verdauung nicht zu leiden, da Appetit und Ernährung der Thiere gut blieb. Die Insulte veranlassten nie Schmerzäusserungen, zuweilen Speichelfluss, bei stärkeren Zerrungen öfter Erbrechen. In einigen Versuchen wurde der etwaige Einfluss der Anämie auf das Magengeschwür geprüft. Zu diesem Zweck wurde der Hund durch mehrere grosse Blutentziehungen anämisch gemacht. Während nun solches Geschwür bei sonst gesundem Hund in 18 Tagen heilte, war es bei dem anämischen nach 31 Tagen noch nicht geheilt. Ferner konnte man constatiren, dass bei Anämie geringfügige Insulte schon zur Geschwürsbildung führen.

Die sehr verschiedenen Insulte führten alle zur Bildung von Geschwüren; besonders leicht entstehen sie aus Ecchymosen; die Abstossung des nekrotischen Gewebes findet hier in Folge der Verdauung schneller statt als auf anderen Schleimhäuten, doch hat das Geschwür im übrigen durchaus nichts Specifisches.

Die Geschwüre beim Hunde unterscheiden sich von denen beim Menschen nur dadurch, dass sie schnell entstanden und schnell heilten. (Die Heilung dauerte in der Regel 5—21 Tage.)

Dass indessen ausser dem „chronischen“ auch acute Geschwürsbildung beim Menschen vorkommt, hat schon Gerhardt hervorgehoben und ist an sich wahrscheinlich, wenn man die vielen Verletzungen der Magenschleimhaut durch harte Bissen, Knochenstücke, heisse Speisen,

Spirituosen etc. bedenkt. Dass Verletzungen der Magenschleimhaut sehr gut und symptomlos heilen können, beweisen die Losreissung von Schleimhautstückchen beim Sondiren und glatte Heilung bei diätetischem Verhalten. Auch die bei Sectionen so zahlreich beobachteten Narben werden grösstentheils aus solchen acuten Geschwüren hervorgegangen sein. Ein chronisches Geschwür entsteht nur, wenn abnorme Bedingungen vorliegen, wie Anämie, abnorm saure Beschaffenheit des Mageninhalts (durch Secretion oder durch Zersetzung), mechanisch und chemisch reizende Nahrungsmittel, unregelmässiger Speisegenuss. Verf. legt zum Schluss die Analogie des Magengeschwürs mit dem des Unterschenkels, sowohl dem Verlauf als der nöthigen Behandlung nach, klar.

Menche.

---

649. **Rosenstein, Erkrankung der Nebennieren.** (Virch. Arch. Bd. 84. S. 315.)

I. Zur sogenannten „Pseudoleukaemie".

Ein 7jähriger Knabe klagte 5 Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik über Schmerzen im Rücken, Schwäche des rechten und bald darauf auch des linken Beines. Bei der Aufnahme ist Pat. auffallend blass, die Hals- und besonders die rechten Leistendrüsen stark geschwellt. In den ersten 4 Tagen Ischurie, dann spontane Harnentleerung. Die Schwäche der Beine bildet sich allmählich zur völligen motorischen Lähmung aus. Sensibilität intakt. Starke Schweissabsonderung am Kopf und Brust bei trockenem Bauch und trockenen unteren Extremitäten. Allmähliche Zunahme des Volumens der Leber und Milz. Veränderung des Blutes unwesentlich. Nachdem auch leichte Albuminurie und Fieber hinzugetreten, stirbt Pat. fast 2 Monate nach der Aufnahme. Die Section ergiebt Zunahme der Milz und Leber, beträchtliche Zunahme der Nieren, am auffallendsten ist die Grössenzunahme der Nebennieren, Rückenmark im oberen Theile unverändert, im Lendenmark rosige Verfärbung der grauen Substanz und in den Vordersträngen einzelne röthliche Fleckchen. Die mikroskopische Untersuchung stellt fest, dass die Vergrösserung aller jener Organe auf reichlicher Ansammlung lymphoider Zellen im Zwischengewebe beruhte, dass diese Erscheinung besonders in den Nebennieren ausgeprägt erscheint und dass in Leber und Niere fleckweise ein Zusammenfliessen der Rundzellen zu miliaren Herdchen erfolgt. Auch im Rückenmark ist an den fraglichen Parthieen eine Zunahme von Rundzellen und freien runden Kernen zu constatiren. Es liegt hier einmal ein Fall von leukämischer Infiltration verschiedener Organe und besonders der Nebennieren ohne Vermehrung der Zahl der weissen Blutzellen vor und weiter ein Fall von Erkrankung der Nebennieren ohne Morbus Addisonii.

II. Sarkom der Nebennieren mit Metastasen in Nieren, Pankreas und rechtem Herzen.

Ein 40jähriger Cigarrenarbeiter erkrankte unter Schmerzen in

der Magengegend, dazu kamen später Schmerzen auf Druck im linken Epigastrium und linker Lendengegend, die dann weiterhin auch spontan bemerkbar wurden. Allmählicher erheblicher Kräfteverfall, fleckweise Gangrän des Gesichtes und schliesslich nach Abnahme des Körpergewichts auf 42 kgr trat der Tod ein. Im rechten Herzen fanden sich zwei haselnussgrosse derbe weisse Knoten, ebensolche in den Nieren und dem Pankreas. An Stelle beider Nebennieren grosse Tumoren, mit den Nieren verwachsen. Alle Tumoren waren kleinzellige Sarkome. Es handelt sich hier um ein primäres Nebennierensarkom ohne Addisonsche Krankheit bei völlig intaktem Ganglion volare.

Ribbert.

---

650. **Posadsky, Fibroma molluscum multiplex congenitum.** (Virch. Arch. Bd. 87. S. 380.)

Bei einem wegen anderweitiger Erkrankung behandelten 38-jähr. Manne wurden zahlreiche, über 330 Geschwülste durchschnittlich von Stecknadelkopf- bis Wallnuss-Grösse auf der Haut beobachtet. Sie sassen besonders reichlich auf der Vorderfläche der Brust und des Bauches, fehlten aber nur gänzlich an beiden Händen und am linken Fuss. Eine wie eine Mamma aussehende und entsprechend grosse Geschwulst sass in der linken Seite in der Gegend der 7., 8. und 9. Rippe. Alle Tumoren waren beweglich und an einem behufs Untersuchung ausgeschnittenen wurde constatirt, dass es sich um ein Fibroma molluscum handelte. Das Auffallendste ist, dass diese Geschwülste angeboren waren. Eltern und Kinder des Patienten hatten nichts Aehnliches.

Ribbert.

---

651. **Dr. Jul. Mauthner, Ueber das Verhalten des β-Naphtols im Organismus nach Application auf die Haut.** (Mediz. Jahrbücher der Gesellschaft der Aerzte. 1881. II. Heft. p. 201—205.)

Verf. theilt die chemischen Untersuchungen mit, welche er über die Resorption des von Kaposi in die Behandlung der Hautkrankheiten (besonders von Psoriasis) eingeführten β-Naphtols und seine Ausscheidung durch den Harn gemacht hat.

Verf. resümirt zum Schluss seiner Arbeit, wie folgt:

1. Das β-Naphtol wird bei der Application auf die Haut resorbirt und im Harne (der Hauptmenge nach, vielleicht ganz) als naphtolschwefelsaures Salz ausgeschieden. In Folge dessen erscheint die Menge

der schwefelsauren Salze im Harne nach der Resorption des Mittels wesentlich vermindert.

2. Das Naphtol liefert bei der Einwirkung von Kali und pyroschwefelsaurem Kali analog dem Phenol das ätherschwefelsaure Salz, von der Zusammensetzung $C_{10}H_7SO_4K$.

Bartold.

---

652. **Biedert** (Hagenau), **Ueber Milchconservirung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 5.)

Alle Conservirungsmethoden zielen darauf hinaus, die Milch bis zum Gebrauch vor Zersetzung zu bewahren, einige rühmen sich ausserdem, auf das Casein einzuwirken, dasselbe dem der Menschenmilch ähnlicher zu machen. Nach den Versuchen des Verf. wird letzteres niemals, ersterer Zweck von den verschiedenen Methoden nur unvollkommen erreicht. Allerdings genügt zu Haushaltungszwecken meist schon das einfache Aufkochen; schon etwas mehr leistet das Becker'sche Verfahren durch zweistündiges Erwärmen der Milch auf 60° C. und das Kochen mit dem neuerdings von Soltmann angegebenen Apparat; aber beide Methoden sind nicht im Stande, für längere Zeit die Milch vor dem Verderben zu schützen. Ebenso ist die Methode des Digerirens bei 60° ohne praktischen Werth, weil durch dieselbe etwaige Krankheitskeime, Perlsucht etc. nicht zerstört werden. Eine unbegrenzte Haltbarkeit garantirt allein das Verfahren Biedert's; dasselbe besteht im genügend langen d. h. zweistündigen Erhitzen der Milch in luftdicht verschlossenen Gefässen im Wasserbad bei 100° C. Der Verschluss kann bewirkt sein (am besten) in verlötheter Blechbüchse oder in starker Glasflasche mit eingebundenem Kautschuk- oder paraffinirtem Korkstopfen. Ueber 1/2 Jahr hat Verf. auf diese Weise die Milch völlig unverändert erhalten.

Kohts (Strassburg).

---

653. **Dr. Fronmüller** (Medizinalrath in Fürth), **Aus der Hospitalpraxis.** (Memorabilien XXVII. Jahrg. 1. Heft. S. 6. f.)

1. Das bromwasserstoffsaure Homatropin bei Lungentuberculose.

Es werden Beobachtungen mitgetheilt über die Anwendung dieses Atropin-Salzes (von Merck in Darmstadt) bei 16 Tuberculösen, welche sämmtlich mit ziemlich reichlichen, colliquativen Nachtschweissen behaftet waren. Es gelang in allen Fällen durch eine Einzelgabe von je

0,015 bis 0,03, 3 mal subcutan, 13 mal in Pillen, die vorhandenen Nachtschweisse zu beseitigen oder wenigstens auf ein sehr geringes Mass zurückzuführen. Besondere toxische Atropingefässe zeigten sich nur bei vier Kranken, und zwar in geringem Grade als: Krachen und Trockenheit im Schlund, Schlingbeschwerden, aufgeregtes Plaudern, Eingenommensein des Kopfes. In keinem der 16 Fälle kam jedoch Pupillenerweiterung vor.

Ausser dieser Wirkung auf die Nachtschweisse, welche sich mitunter noch auf eine oder auch mehrere Nächte erstreckte, beobachtete Fr. selbst „eine Art Stillstand im tuberculösen Process“ und verspricht sich daher ebenfalls Erfolg von den subcutanen Atrophin-Injectionen, wie Anderson in Glasgow sie zur Heilung der Schwindsucht allabendlich vorzunehmen räth. Das bromwasserstoffsaure Homatropin zieht der Verf. dem Atropin vor wegen seiner grösseren Gefahrlosigkeit und Milde.

2. Pilocarpinvergiftung. Atropin als Gegengift, desgleichen Homatropin.

Einem 18jähr., an einer Pleuritis exsudativa erkrankten Arbeiter wurden 0,02 salzsaures Pilocarpin subcutan injicirt. Sofort entstand Schweissbildung, dann Starre der Augen mit verengter Pupille, hochgradige Cyanose des Gesichts und der Extremitäten, beschleunigte oberflächliche Athmung, frequenter Puls, 130 in der Minute, ängstlicher Gesichtsausdruck, geringe Salivation. Wegen dieser Erscheinungen erhielt der Patient, 10 Minuten nach der Pilocarpin-Injection, 1 mgr Atropin. sulf. innerlich, worauf in kürzester Zeit Besserung aller Symptome eintrat.

Um nun zu constatiren, ob das Bromwasserstoff-Homatropin in ähnlicher Weise wirke, injicirte Fr. einem wegen Syphilis mit Pilocarpin-Injectionen behandelten Kranken zu verschiedenen Zeiten, einmal 0,02, einmal 0,04 Pilocarp., und beseitigte dann durch Einspritzung von je 15 mgr des genannten Atropin-Salzes in kurzer Zeit die durch Pilocarpin hervorgerufenen Erscheinungen. Demnach widersprächen seine Beobachtungen der Behauptung von Pauliaski, „dass das Bromwasserstoff Homatropin der Speichel und Schweiss erregenden Wirkung des Pilocarpin nicht entgegentritt, dass dasselbe vielmehr die Wirksamkeit des Pilocarpin zu unterstützen schien“.

3. Abführen auf subcutanem Wege.

Verf. empfiehlt die subcutane Einspritzung von Merck'schen Aloins auf Grund weiterer Erfahrungen mit diesem Mittel, über dessen Wirkung bei 20 Kranken er bereits 1878 berichtete. Von einer erwärmten Lösung von 1 : 25 Wasser wurden bei jüngeren und gracilen Personen eine, bei kräftigeren zwei Einspritzungen unter die Haut der Beuge-Fläche des Vorderarms gemacht. Reizung um die Einstich-Stelle trat nicht auf, die Wirkung erfolgte prompt nach 3—5 Stunden und blieb nur aus, wenn auch die gewöhnlichen inneren Abführmittel versagten. „Besonderen Vortheil gewährte das Verfahren namentlich bei Kranken mit Magenkrebs und Magencatarrh, und bei störrigen Geisteskranken.

Lösungen von Aloë-Extract in Wasser (1 : 10) reizten zu stark an der Einstich-Stelle, ein starkes Decoct. Sennae wirkte subcutan ungenügend.

Bartold.

---

654. **Dr. Stille** (Ihlienworth), **Die Wirksamkeit des Resorcins gegen Malaria-Erkrankungen.** Eine therapeutische Notiz. (Memorabilien XXVI. Jahrg. 9. Heft.)

Verf., welcher in einer Malaria-Gegend practicirt, hat bei 13 Erkrankungen an Wechselfieber Resorcin versucht, und zwar wurde dieses Mittel entweder in Lösung von 2,0—4,0 zu 180,0 Wasser, stdl. einen Esslöffel in der fieberfreien Zeit zu nehmen, oder in Pulver-Form zur Nachkur, verordnet. Die Dosis betrug für einen Erwachsenen 2,0—4,0, für ein Kind 0,3—0,6. Mit dieser einmaligen Gabe, der sich in einigen Fällen noch der weitere Gebrauch von höchstens 5 gr, alle 4 Tage Abends davon 1 gr zu nehmen, anschloss, gelang es in 6 relativ frischen und leichten Fällen, das meist im Tertian-Typus auftretende Fieber zu beseitigen, während in den 7 übrigen Fällen meist schwererer Art und auch von anderem Fieber - Typus, die definitive Heilung erst durch Chinin gelang.

(Während des Fieberanfalls selbst wurde Resorcin nicht gereicht und also auch seine Einwirkung auf Milderung der Symptome durch diese Darreichungsweise, wie sie Kahler beschreibt (vgl. ds. Centralbl. I. Jahrg. S. 656), nicht beobachtet. Ref.)

Verf. resümirt, dass Resorcin ein angenehm zu nehmendes Mittel sei, welches lange nicht so sicher als Chinin wirke, vielleicht aber in doppelter Dosis gereicht, von der nach den bisherigen Erfahrungen bedrohliche Erscheinungen nicht zu erwarten seien, von nachhaltigerem Einflusse auf Beseitigung der Wechselfieberanfälle sein dürfte.

Bartold.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen incl. Titel
und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **10. März.** **Nro. 49.**

655. **E. Ponfick, Die Actinomycose des Menschen.** Eine neue Infiltrationskrankheit. (Berlin 1882. Aug. Hirschwald.)

Nachdem 1877 Bollinger die früher als Wurm, Osteosarcom, Scrophulose bekannte Geschwulstbildung beim Rinde auf die Gegenwart eines pflanzlichen Parasiten, Actinomyces bovis Harz zurückgeführt hatte, entdeckte P. dieselben Parasiten 1879 in der Leiche eines Mannes. Der bis jetzt bekannt gewordenen Fälle sind 16, von denen die Hälfte geheilt wurde, die Hälfte starb (hierzu ein letal endigender Fall von Weigert).

1845 constatirte diese Gebilde beim Menschen zuerst von Langenbeck, seine Mittheilung wurde aber vergessen. Nach ihm Israël, unabhängig von Bollinger, und die Identität mit Actinomyces bovis nicht anerkennend.

Das Wichtigste der Actinomycose bilden „die Pilzkörner", gelbliche oder grünliche Körnchen von Sandkorn- oder Mohnkorngrösse,

die in den Granulationsmassen, hauptsächlich in dem secernirten Eiter der Geschwulst, makroskopisch erkennbar sind. Unter dem Mikroskop stellen sich diese Gebilde als dunkele, feinkörnige Ballen dar, die durch Druck auf das Deckgläschen in glänzende, dicht radiär geordnete Stäbchen oder Keulen zerfallen, welche erst bei 300- bis 400-maliger Vergrösserung und unter Aufhellung in Kalilauge deutlich werden.

Beim Rinde tritt die Actinomycose hauptsächlich am Unterkiefer und Zunge als umfangreiche fleischige Geschwulst mit ulcerirender Oberfläche auf. Auf dem Durchschnitt ist sie graugelblich, speckig, mit kleineren und grösseren Eiterungshöhlen. In diesen Hohlräumen befinden sich hauptsächlich die „Pilzkörner“. Der afficirte Knochen zeigt ein wabenartiges, aus zierlichen Bälkchen bestehendes Gerüst und erinnert an Spina ventosa. Mikroskopisch besteht die Neubildung aus einem derben gefässarmen oder saftig weichen Granulationsgewebe mit den charakteristischen Pilzkörnern.

Während beim Rinde die Actinomycose keine Neigung zur Weiterverbreitung zeigt, besteht diese bei der des Menschen im hohen Grade und bildet auch weniger compacte Geschwülste als beim Rinde. Sie kriecht vielmehr in den Bahnen des lockeren Bindegewebes fort und veranlasst höchst langwierige fistulöse Geschwüre und Gänge mit schnell zerfallenden schmierigen Granulationen. Diese führen, indem sie in das Innerste des Menschen, selbst in den Schädel gelangen, zu allen möglichen perivertebralen, para- und peripleuritischen Phlegmonen, die auf die Lungen, die Milz und selbst das Herz übergreifen können. Auch Metastasenbildung ist beobachtet.

5 Fälle mit Sectionsbefund werden mitgetheilt.

Die Pilze sind durch ihre Grösse vor allen anderen ausgezeichnet und es liess sich hoffen, so leichter ihre Lebensvorgänge zu erforschen. Doch stehen auch hier grosse Hindernisse im Wege. Ist doch noch nicht sicher festgestellt, zu welcher Pflanzenfamilie das Gebilde zu rechnen ist.

Das Pilzkorn besteht aus einer Unzahl feiner Fäden, die gestreckt, selten wellig verlaufen und zapfen- oder keulenförmig enden. Sie strahlen von einem gemeinsamen Mittelpunkt aus und bedingen so die Form des Gebildes. Die Schale wird durch die glänzenden keulenförmigen Körperchen gebildet. Im Inneren bilden diese Fäden ein dichtes Gewirr, aus dem sich die kolbentragenden ablösen und an die Peripherie aufsteigen. Gegen Reagentien sind sie sehr resistent. P. hält es nicht für unmöglich, dass sie Abkömmlinge einer Schistomycetenform seien.

Impfversuche, die beweisen sollten, dass der Pilz Ursache der Erkrankung sei, sind leider viel gescheitert. Kaninchen und Hunde sind vollkommen unempfänglich, nur das Rind besitzt eine ausgesprochene Empfänglichkeit.

Nach P. kam jede beliebige Stelle der äusseren Körperoberfläche, trifft eine Verletzung mit der Einfuhr der Keime zusammen, als Atrium morbi dienen. Die Infectionsgeschwulst muss der Syphilis und Lepra am nächsten gerückt werden.

Menche.

---

656. **Friedländer, Ueber die Schizomyceten bei der acuten fibrinösen Pneumonie.** (Virch. Arch. Bd. 87. S. 319.)

Bei acht Fällen von Pneumonie untersuchte Verf. die Lunge auf Anwesenheit von Mikroorganismen stets mit Erfolg. Er fand dieselben fast stets von annähernd gleicher Grösse, als ellipsoide, fast einen Mikromillimeter lange, homogene leicht glänzende Körper, die meist zu zweien, aber auch in Ketten zusammenhängen. Sie liegen mitten in den Fibrinmassen, niemals im Inneren von Zellen, und sind besonders bei der graurothen Hepatisation häufig. In einem Falle wurden sie auch zahlreich in den Lymphgefässen eines interstitiellen Bindegewebszuges gefunden.

Ribbert.

---

657. **Elsenberg, Anatomische Veränderungen der Speicheldrüsen bei Lyssa des Hundes und des Menschen.** (Gazeta lek. 1881. Nr. 7. Polnisch.)

Die vom Verf. an Speicheldrüsen von an Lyssa kranken 12 Hunden und 2 Menschen angestellten Untersuchungen ergaben folgende Veränderungen:

Beim Hunde: In der etwas vergrösserten Submaxillardrüse bedeutende Infiltration des parenchymatösen Gewebes mit kleinen lymphoiden Zellen und zwar am ausgesprochensten in der Umgebung der Ausführungsgänge und Venen mittleren Kalibers und im Hilus der Acini, weniger auf der Peripherie und gänzlich fehlend im Hilus der Drüse; zuweilen war diese Infiltration inmitten der Acini so bedeutend, dass sie den Eindruck eines mikroskopischen Abscesses machte. Das interacinöse Gewebe viel weniger infiltrirt. Die Blutgefässe, besonders die capillaren, sind erweitert, das Blut in denselben enthält grosse Menge zerstreut liegender oder an der Gefässwand zusammengehäufter farbloser Blutkörperchen. Die Epithelzellen der Acini sind wenigstens um das Dritttheil verkleinert, ihr Inhalt körnig, der sonst abgeplatte Kern mehr rund und grösser und mehr in der Mitte der Zelle gelegen. Die halbmondförmigen Zellen sind angeschwollen und vergrössert, so dass zwei Dritttheile seltener das ganze Bläschen einnehmen; die Zahl ihrer Kerne ist um das Doppelte oder Dreifache vergrössert. Aehnliche Veränderungen fand Verf. nur wenig ausgesprochen in der Sublingual- und sehr unbedeutend in der Orbitaldrüse. Die Parotiden zeigten nur bei 4 Hunden obige Veränderungen.

Beim Menschen: Die bedeutendsten Veränderungen fand Verf. in der Sublingualdrüse, wo die kleinzellige Infiltration ebenso wie beim Menschen nachzuweisen war; in der Submaxillardrüse war nur das die Venen und die mittelgrossen Ausführungsgänge umgebende Gewebe infiltrirt; die Parotis erwies sich unverändert.

Obige Veränderungen hält Verf. für den Ausdruck eines end-

zündlichen Processes, dessen Entstehungsursache in dem im Blute circulirenden und durch die Speicheldrüsen ausgeschiedenen Virus zu suchen sei. Da nun die bedeutendsten Veränderungen in den Submaxillar- und Sublingualdrüsen gefunden wurden, so sei es wahrscheinlich, dass nur der Speichel dieser beiden Drüsen das der Lyssa eigene Virus enthält. Die Begründung dieser Hypothese behält sich Vf. vor.

Smolénski (Ernsdorf in Schlesien).

---

658. **Long, Note sur un cas de rage chez l'homme.** Bemerkung über einen Fall von Hundswuth beim Menschen. (Rev. méd. de la Suisse Rom. 1882. Nr. 2.)

Der Fall betrifft einen 56 jähr. Mann, der am 3. December 1880 von einem kleinen Hunde am Daumen der linken Hand und an zwei Stellen unterhalb des rechten Schlüsselbeins gebissen war. Die Wunde am Daumen war tief und blutete stark, die beiden andern oberflächlich; die Heilung ging ohne Störung vor sich. Am 10. Februar 1881 (67 Tage nach der Verletzung) traten ohne dass sich Veränderungen im Aussehen der Narben, Schmerzhaftigkeit etc. gezeigt hätten, die ersten Symptome der Lyssa ein und am 14. Februar erfolgte der Exitus. Es kam während der ganzen Dauer der Erkrankung nicht zu den heftigen tobsuchtähnlichen Anfällen; L. ist geneigt als Grund dafür die Behandlung (constanter Strom am Rückenmark, grosse Gaben von Chloral in Lavements von 4 gr und oft wiederholte subcutane Injectionen von Morphium 0,01) anzusehen. Bei der Autopsie fand sich starke Hyperämie des Gehirns und Rückenmarks und seiner Hüllen; an den mit den Narben in Verbindung stehenden Nerven makroskopisch nichts Abnormes. Verf. ist der Ansicht, dass die bei der Lyssa auftretenden Krämpfe der Athem- und Schlundmuskeln auf Reizung des verlängerten Markes und des oberen Theils des Rückenmarks durch das eingedrungene Gift zurückzuführen seien, dass aber Letzteres nicht im Blute auf die genannten Nervencentren wirke, sondern dass es zunächst die peripheren Nervenenden an der gebissenen Stelle reize und verändere, und dass sich der hier gesetzte Reiz allmählich, dem Verlauf der Nerven folgend, zum Gehirn und Rückenmark fortpflanze. Für diese Ansicht führt er an, dass es bisher nicht gelungen ist, durch Einimpfen des Bluts wuthkranker Thiere bei andern dieselbe Krankheit zu erzeugen. Er vergleicht die Lyssa mit dem Tetanus, bei dem ein ähnliches Verhalten anzunehmen sei. Wie nun bei diesem Dehnung der betreffenden Nerven in einigen Fällen erfolgreich gewesen, so solle man auch bei der Lyssa Versuche mit Dehnung der mit der Bissstelle in Verbindung stehenden Nerven machen. Im Uebrigen empfiehlt er die von ihm eingeschlagene Methode, hohe Dosen von Chloral und Morphium und Galvanisirung des Rückenmarks.

Brockhaus (Godesberg).

---

659. **S. Danillo, Contribution à l'anatomie pathologique de la moelle épinière dans l'empoisonnement par le phosphore.** Pathol. Anat. des Rückenmarks bei der Phosphorvergiftung. (Comptes rendus T. XCIII. Nr. 22.)

Am Rückenmark von Hunden, die mit Phosphor vergiftet worden waren, fand Verf. folgende Veränderungen. Makroskopisch war in den ganz acuten Fällen nur die graue Substanz, in den etwas protrahirteren gleichzeitig auch die weisse Substanz hyperämisch und von verminderter Consistenz. Mikroskopisch zeigten sich die Ganglienzellen vergrössert, in späteren Stadien mit Vacuolenbildung, und in der grauen Substanz, besonders im Lumen und an den Wandungen der Blutgefässe, massenhafte Depots von schwarzem Pigment, welches in Alkalien und Säuren leicht löslich, in Alkohol und Aether unlöslich war. Bei gleichzeitiger Affection der weissen Substanz war auch hier Pigment, aber nur in Körnern von der Grösse rother Blutkörperchen anzutreffen. Die peripheren Nerven zeigten keine Veränderung.

Der Phosphor erzeugt also eine Myelitis, die bei ganz acut wirkenden Dosen nur die graue Substanz, bei protrahirteren Fällen diffus beide Substanzen des Marks betrifft und welche mit den intra vitam auftretenden nervösen Symptomen in Verbindung zu bringen ist.

Lüderitz (Jena).

---

660. **Catiaus, Ueber die Störungen nach ausgedehnten Hautverbrennungen.** (Virch. Arch. Bd. 87. S. 385.)

Nachdem Verfasser die verschiedenen Theorien über die Todesursachen nach ausgedehnten Hautverbrennungen angeführt und speciell die jüngste Theorie von v. Lesser bekämpft hat, folgert er aus dem Umstand, dass die Extensität der Hautverbrühung der maassgebende Factor ist, dass der Grund der Störungen nach Verbrühungen nur in gewissen Hautveränderungen gesucht werden kann, die vielleicht darin bestehen, dass eine auf der Haut befindliche Substanz durch eine rapide Erhitzung in ein Gift verwandelt wird, dessen Resorption die Störungen bedingt. Und da wird daran erinnert, dass im Schweiss und in der Haut ameisensaures Ammonium existirt, welches mit kochendem Wasser plötzlich übergossen, unter Wasserverlust Blausäure liefert und es wird in der Resorption dieser Blausäure bei Verbrühungen die Todesursache gesucht. Dazu stimmt, dass die Krankheitserscheinungen ganz analog denen einer langsam verlaufenden Blausäurevergiftung sind, dass speciell in beiden Erkrankungen der Herzstillstand erst nach dem Respirationsstillstand erfolgt. Dass Blut Verbrannter keine Blausäurereaction ergiebt, erklärt sich sehr leicht daraus, dass zum letalen Ausgange nur ausserordentlich wenig Blausäure genügt, in unserem Falle um so weniger, als das Gift jedes Mal frisch bereitet wird und daher wirksamer ist. Es wird dann weiterhin

die Entstehung der Duodenalgeschwüre, der im späteren Verlaufe der Erkrankung oft auftretenden Embolien, der Pneumonie, der Nephritis besprochen und besonders für letztere betont, dass eine bestimmte Erklärung nicht zu geben ist. Da der Tod bei Blausäurevergiftung und entsprechend bei Verbrennungen ein Erstickungstod ist, so muss bei der Therapie in erster Linie auf die Respiration Rücksicht genommen werden durch Uebergiessungen mit kaltem Wasser und eventueller Einleitung der künstlichen Respiration.

Ribbert.

---

661. **Germain Sée, Sur quelques anomalies séméiologiques et étiologiques de la pleurésie.** Ueber einige semiotische und ätiologische Anomalien der Pleuritis. (L'Union médicale Nr. 7 u. 9.)

Verf. bespricht zunächst das pleuritische Fieber. Er bekämpft die Ansicht Ziemssens, dass, so oft das Fieber 39,5 bis 40° erreicht, das Exsudat ein eitriges ist; ebensowenig spricht nach ihm ein exquisit hektischer Fiebertypus für eitrige Beschaffenheit des Exsudats. Zum Beweise seiner Ansicht führt er verschiedene, von ihm beobachtete Fälle an, deren genauere Beschreibung im Original nachzusehen ist. Auch die Heftigkeit der übrigen pleuritischen Symptome lässt keinen Schluss auf die Menge und Beschaffenheit des Exsudats zu. Wo die Ergebnisse der physikalischen Untersuchung ein massenhaftes Exsudat erwarten lassen, kann dies sehr unbedeutend sein und umgekehrt. (2 Beobachtungen). Verf. beschreibt ferner einen Fall, der beweist, dass öfters wiederholte Punctionen nicht mit Nothwendigkeit die Umwandlung eines sero-fibrinösen Exsudats in ein eitriges veranlassen. Dieser Fall zeigt auch, dass das Auftreten amphorischer oder cavernöser Geräusche im Verlauf einer Pleuritis weder einen Schluss auf die Menge des Exsudats noch auf Cavernenbildung gestatten. Zuweilen kann man diese pseudo-cavernösen Phänomene gegen Ende der Krankheit beobachten und sie als Vorboten der Heilung betrachten. Des weiteren erzählt Verf. eine Beobachtung von Pleuritis bei einem an Tripper erkrankten Manne. Dieselbe zeichnete sich aus durch eine excessive Schmerzhaftigkeit der erkrankten Thoraxhälfte, sowohl spontan beim Athmen als gegen Druck, starke Dyspnoe bei vollständig fehlendem Exsudat. Verf. glaubt die Entzündung der Pleura mit der Tripperinfection in Causalzusammenhang bringen zu müssen und erwähnt einen früher von ihm beobachteten Fall (Tripper, gonorrhoische Entzündung verschiedener Gelenke, Pleuritis), bei dem die aetiologische Zusammengehörigkeit der Pleuresie und der Gonorrhoe seiner Ansicht nach unzweifelhaft war. Gegen den Schmerz und die Dyspnoe im obigen Falle erwiesen sich subcutane Injectionen von salpetersaurem Pilocarpin sehr wirksam. Bezüglich der Dyspnoe bei Pleuritis unterscheidet Verf. drei Arten: 1) diejenige, bei der die Kurzathmigkeit im Verhältniss zu der Massenhaftigkeit des Ergusses steht; 2) die von ihm

sogenannte mechanische oder objective Form, bei der die Kranken nicht über Dyspnoe klagen, aber die Respiration kurz und abgebrochen ist, und bei der gewöhnlich Cyanose der Lippen und Finger besteht, endlich 3) die Dyspnoe in Folge grosser Schmerzhaftigkeit beim Athmen. Schliesslich resumirt Verf. seine Ansichten über die bei pleuritischen Ergüssen einzuschlagende Therapie. Er hält wenig von den Diureticis, der Digitalis und der Milchdiät, nichts von Vesicantien. Die einzig rationelle Therapie ist die Thoracocenthese.

Brockhaus (Godesberg).

---

662. **Ferrand, De l'alimentation forcée des Phthisiques.** Ueber die forcirte Ernährung der Phthisiker. (L'Union méd. Nr. 11.)

F. behandelte einen aufs äusserste heruntergekommenen Phthisiker, der an vollständiger Appetitlosigkeit und hartnäckigem Erbrechen sowohl morgens als den Tag über in Folge heftiger Hustenanfälle, zuweilen auch unabhängig von denselben, litt. Da alle andern Mittel sich unwirksam zeigten, wurde zur Ernährung mit der Sonde geschritten und bis zu 4 Liter Milch eingeführt. Der Erfolg war 3 Monate hindurch ein günstiger indem das Erbrechen nachliess, der Appetit und die Kräfte des Kranken zunahmen, ohne dass indess eine Besserung in den Lungenerscheinungen eintrat. Nach dieser Zeit wiederholte sich das Erbrechen trotz fortgesetzter künstlicher Ernährung und der Kranke starb nach ca. 2 Monaten. Der Erfolg der forcirten Ernährung war demnach ein vorübergehender und kann es nach F. auch nur sein, weil durch dieselbe zwar die Zufuhr und damit auch die Verdauung gebessert, die Assimilation der verdauten Stoffe dagegen bei der durch das Lungenleiden hervorgerufenen allgemeinen Kachexie nur in geringem Grade günstig beeinflusst wird.

Brockhaus (Godesberg).

---

663. **Ad. D'Espine, Essai de cardiographie clinique pour servir à l'étude des modifications du premier bruit et des chocs multiples.** Ueber klinische Cardiographie. (Revue de médecine 1882 Nr. 1 u. 2.)

Verf. betont die Wichtigkeit cardiographischer Untersuchungen für klinische Zwecke. Mittelst eines grossen Marey'schen Polygraphs, welcher gestattete, gleichzeitig 4 Curven (Herzchoc, Carotis, Radialis, Zeit) aufzuzeichnen, wurde an Thieren sowie an gesunden und kranken Menschen eine ausgedehnte Reihe von Untersuchungen angestellt. Die

Einzelheiten der Methode sowie die zahlreichen mit ausführlichen Krankengeschichten versehenen Einzelbeobachtungen sind im Original nachzulesen. Die wichtigsten Ergebnisse sind folgende:

Die Ventrikelcontraction setzt sich aus mehreren successiven Factoren zusammen, unter denen zwei Hauptpulsationen zu unterscheiden sind, nämlich 1) die „pulsatio mitralis“ des Ventrikels, durch welche das Blut ins Aortenreservoir gelangt, und 2) die „pulsatio aortica,“ durch welche es weiter in die peripheren Arterien getrieben wird. Beide Pulsationen finden sich markirt am Carotispuls, während am Radial- und Femoralpuls nur die zweite Pulsation vorhanden ist. An der normalen Herzchoccurve ist nur die puls. mitr. markirt und bildet den Gipfel der Curve. Bei gesteigerter Aortenspannung dagegen erscheint auch die puls. aortica, und diese bildet jetzt den Curvengipfel (so bei Schrumpfniere mit Herzhypertrophie, so bei starkem Herzchoc nach Muskelanstrengungen).

Die puls. mitr., durch welche die Mitralklappe zum Schluss gebracht wird, ist entweder einfach und dann entspricht ihr ein einfacher 1. Ton, oder sie ist doppelt. Je mehr im letzteren Falle die beiden Pulsationen von einander getrennt sind, um so mehr nähert sich der 1. Ton der Verdoppelung und das Ensemble der Herztöne dem Galopprhythmus. Beim Hunde und beim Menschen ist normal die puls. mitr. einfach, beim Pferde dagegen ist sie doppelt. Eine Verdoppelung des 1. Tones entsteht nicht durch ungleichzeitige Action der beiden Ventrikel, weil der erste Abschnitt der Systole in beiden Ventrikeln völlig synchron erfolgt. Dagegen kann der 2. Ton gespalten sein durch ungleichzeitigen Schluss der Pulmonal- und Aortenklappen.

Verf. unterscheidet einen linksseitigen und einen rechtsseitigen Galopprhythmus (bruit de galop à gauche und à droite). Ersterer entsteht durch einen Doppelton der Mitralis bei gewissen Fällen erhöhten Aortendruckes (bruit de galop nephritique) und ist am lautesten an der Spitze zu hören. Letzterer kommt her von einem Doppelton der Tricuspidalis, wie er in Fällen vermehrter Spannung im Pulmonalgebiet beobachtet wird, und hat sein punctum maximum auf dem Sternum (bruit de galop pulmonaire). Mitunter, bei grossen Widerständen im Pulmonalgebiet, bildet der rechtsseitige Galopprhythmus den Uebergang zur Arhythmie. Die Vermehrung der arteriellen Spannung scheint zum Zustandekommen des Galopprhythmus eine conditio sine qua non zu sein, sie genügt aber nicht immer und der Mechanismus des valvulären Doppeltones ist noch nicht völlig aufgeklärt.

Bei uncomplicirten Fällen von Klappenerkrankungen des l. Herzens (Stenose, Insufficienz) ist der 1. Ton, ist die puls. mitr. stets einfach.

Bei gewissen Krankheiten zeigt die Herzchoccurve eine pathognomonische Form: bei Aortenstenose ist sie in ein langes Plateau ausgezogen, bei Schrumpfniere mit Herzhypertrophie gleicht sie einem Kameelrücken, bei Mitralinsufficienz hat sie die Form eines Zuckerhuts.

Betreffs der Prognose ist die Cardiographie insofern von Wichtigkeit, als sie über die Beziehungen zwischen den beiden wesentlichen Factoren der Circulation, der Propulsivkraft des Ventrikels und der arteriellen Spannung, Aufschluss giebt. Schreitet die Ventrikelwelle nur langsam bis zum Radialpuls fort (ist der „retard radial“ beträchtlich),

so weist dies auf Herzschwäche hin, zumal wenn die arterielle Spannung stark ist, da letztere die Fortpflanzung der Ventrikelwelle befördert. — Die Herzsystole dauert um so länger, je grösser das Missverhältniss zwischen dem zu überwindenden Widerstand und der Herzkraft ist. Bei Hypertrophie des linken Ventrikels und niedriger Aortenspannung (Aorteninsufficienz) ist sie kurz, bei Aortenstenose ist sie sehr langdauernd. Bei der Schrumpfniere ist sie wechselnd.

Ein diastolischer Herzchoc neben dem systolischen wird beobachtet bei zwei Herzkrankheiten: 1) bei Aorteninsufficienz mit beträchtlicher Regurgitation, ein signum mali ominis; 2) bei Mitralinsufficienz mit Stenose des Ostiums, hier entsteht er von dem hypertrophischen linken Herzchoc aus.

Lüderitz (Jena).

---

664. **Poniklo** (Krakau), **Ueber die Bestimmung der unteren Magengrenze.** (Przeglad lekarski 1882. Nr. 1—7. Polnisch.)

Verf. führte seine ausgedehnten Experimentaluntersuchungen in der Richtung aus, dass er die bisher angegebenen wichtigeren Methoden der physikalischen Bestimmung der unteren Magengrenze theils an Cadavern, theils an Lebenden (Gesunden und Kranken) zu erproben, ihren relativen Werth und die allfälligen Schwierigkeiten und Unbequemlichkeiten ihrer Ausführung kennen zu lernen und den Grad von Exactheit, auf welche die durch jene Methoden gewonnenen Resultate in der Diagnostik Anspruch machen können, experimentell zu eruiren suchte. Am Ende gibt Verf. seine eigene neue Methode der Magenuntersuchung an. Wir können hier aus der ausführlichen, auf Prof. Korczynski's medicinischer Klinik mit grosser Umsicht ausgeführten Arbeit nur die Endresultate angeben.

I. Magenpercussion. Unter 21 mitgetheilten Untersuchungen an Leichen ergab sich, dass es nur in 6 Fällen möglich war, durch Percussion die untere Magengrenze mit einiger Genauigkeit zu bestimmen. In allen diesen 6 Fällen fand man bei der Section, dass der Magen wenigstens mässig mit Luft gefüllt war und nach unten entweder das wenig aufgeblähte Colon transversum oder mässig aufgetriebene Dünndärmschlingen berührte. Das diagnostische Merkmal bestand hier im deutlichen Höhenunterschiede des tympanitischen Schalles: über dem Magen war derselbe tief und mehr voll, nach unten hin dagegen höher und weniger voll. In zwei Fällen nahm man die untere Grenze des Colon transv. für die untere Magengrenze, weil das aufgetriebene Colon einen gleich hohen tympanitischen Schall gab, wie der Magen. In zwei anderen Fällen verwechselte man die untere Grenze des Magens, den man mit Flüssigkeit gefüllt glaubte, mit dem von Koth angefüllten Colon transv., von welchem die Schalldämpfung abhing. In einem Falle, wo man über dem ganzen Abdomen einen gleichhohen Percussionsschall fand, zeigte die Section, dass sowohl der Magen

als auch das angrenzende Colon und der bedeutend aufgetriebene und verschlungene Dünndarm einen ganz gleichen Percussionsschall gab. (Vf. hat gefunden, dass von zwei gleich langen und gleich stark aufgeblähten Dünndarmschlingen die gerade ausgestreckte einen höheren Schall gibt als die verschlungene.) Einmal war endlich sowohl der Magen als auch das Colon gänzlich mit Dünndarmschlingen bedeckt, in Folge dessen der Percussionsschall überall gleiche Höhe und gleiches Timbre zeigte.

Im Allgemeinen lässt sich nach Verf. die untere Magengrenze vermittelst der Percussion nur in folgenden Fällen bestimmen: 1. Wenn der Magen bis zu einem gewissen Grade mit Gas gefüllt ist, so dass er mit der grossen Curvatur wenigstens etwas unter dem Colon hervorragt; 2. Wenn der Magen nach unten dem wenig aufgetriebenen, weder mit Flüssigkeit noch mit Kothmassen gefüllten Colon transv. anliegt; 3. Wenn den Magen von unten wenig oder nur mässig aufgetriebene Dünndarmschlingen berühren, besonders wenn sie wenig verschlungen sind; 4. Wenn der Magen nicht von Dünndarmschlingen bedeckt ist. — So oft eine von diesen Bedingungen fehlt, ist die Bestimmung der unteren Magengrenze niemals sicher, oft unmöglich.

Anders verhält sich die Sache, wenn man den Magen früher künstlich aufbläht. Alsdann 1. erlaubt der Unterschied der Schallhöhe die untere Magengrenze fast immer zu bestimmen; 2. Als Controle kann der bei gleichzeitiger Auscultation sich ergebende metallische Nachklang dienen, wiewohl er allein für die Diagnose nicht ausreicht; 3. Bei bedeutender Magenaufblähung im Cadaver geht die Luft in den Dünndarm über, wodurch das Untersuchungsresultat problematisch wird. (Deshalb hielt es Verf. für nöthig, bei seinen diesbezüglichen Untersuchungen an Leichen vorher das Duodenum zu unterbinden.)

Noch weniger sichere Resultate gibt die Percussion an Lebenden. Wenn der Magen nur wenig aufgebläht ist, so müssen sehr günstige Bedingungen in Betreff der Lagerung und Gasanhäufung des Darmes zusammentreffen, um einen ausgesprochenen Unterschied des Percussionsschalles zu ergeben. Dagegen gab die Untersuchung in all' denjenigen Fällen, wo man vorhin den Magen durch Kohlensäure aufgebläht hatte, ziemlich sichere Resultate. Im Allgemeinen lässt sich Folgendes behaupten: 1. Die untere Grenze eines auf natürliche oder künstliche Weise mehr als mässig aufgeblähten Magens kann man auf Grund des Unterschiedes der Schallhöhe gewöhnlich bestimmen; zuweilen markiren sich die Umrisse desselben deutlich durch die Bauchdecken. 2. Die auf diese Weise festgestellte untere Magengrenze entspricht nur annähernd und mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit der wirklichen Lage derselben; das Niveau des Nabels bildet ungefähr die niedrigste Grenze, bis zu welcher ein normaler Magen herabsinken kann. 3. Der häufig vorkommende metallische Nachklang hat einen zweifelhaften diagnostischen Werth.

II. Die sowohl an Cadavern (nach vorheriger Unterbindung des Duodenums) als auch an Lebenden angestellten Untersuchungen an mit Flüsssigkeit natürlich oder künstlich gefüllten Mägen ergeben, dass man dabei durch Percussion die Magengrenze ziemlich sicher fest-

stellen kann; die Section bestätigte immer das gefundene Resultat. Nichtsdestoweniger ist auch diese Methode nicht immer ausführbar; dicke Bauchdecken, Spannung der Bauchmuskeln und dergl. m. können die Untersuchung im hohen Grade erschweren.

Schlüsse: 1. Die percutorische Bestimmung der unteren Magengrenze nach Anfüllung des Magens mit Flüssigkeit ist eine ziemlich sichere Methode; 2. Am besten ist es den Kranken in sitzender Lage zu untersuchen; 3. Die Nabelhöhe bildet die niedrigste Grenze normalen Magenumfangs; 4. Die Flüssigkeitsdämpfung muss man links suchen, selten überschreitet dieselbe nach rechts hin die Medianlinie des Körpers; 5. Die Untersuchungsmethode ist sicherer als die auf künstlicher Kohlensäureaufblähung des Magens beruhende.

III. Verf. erprobte auch Rosenbach's Methode zur Feststellung des Flüssigkeitsniveau's im Magen, da dieselbe, wiewohl vornehmlich zur Bestimmung der muskulären Energie des Magens erfunden, doch mittelbar zur Diagnose der Magendilatation dienen kann. Die Ergebnisse der diesbezüglichen Untersuchungen fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Berücksichtigung der muskulären Magenenergie ist bei der Bestimmung der Magengrenzen ein wichtiges Hilfsmittel; 2. Nach Rosenbach's Methode lässt sich vermittelst einer steifen Magensonde, wenn sich der Kranke an das Einführen derselben gewöhnt hat, das Flüssigkeitsniveau annähernd bestimmen; 3. Der Grundgedanke, dass das Niveau der eingegossenen Flüssigkeit sich im normalen Magen immer mehr erhebt und in einem dilatirten Magen auf derselben Höhe bleibt, ist richtig; 4. Rosenbach's Methode ist aber zu complicirt, daher wenig praktisch. Besser in dieser Hinsicht sind die Methoden von Neubauer und Fleischer.

IV. Ueber Schreiber's Methode zur Bestimmung der unteren Magengrenze mittelst aufzublähender Gummiballons sagt Vf.: 1. Sie sei complicirt und oft sehr schwer ausführbar; 2. Sie gebe noch weniger sichere Resultate als Wagners Methode mit Kohlensäureaufblähung.

V. Zu ebenso wenig befriedigenden Ergebnissen führte den Verf. die Untersuchungsmethode mit der Magensonde (Leube-Penzoldt). 1. Leube's Methode ist nur bei Benutzung dickerer Magensonden (von 20 mm ab) zulässig; 2. Die Procedur ist für die Kranken lästig und durchaus nicht gleichgültig. Leube's Linie (Verbindungslinie der beiden Spinae anter. oss. ilei) besitzt einen nur sehr problematischen diagnostischen Werth und steht die Methode allen anderen nach. (Dem Verf. gelang es in jedem Falle an Cadavern die Magenwand noch tiefer, bis 2—3 cm über der Symphyse, herabzudrücken, ohne auch nur einmal den Magen zu verletzen.) 4. Die Methode Leube-Penzoldt ist leichter ausführbar, gibt aber auch sehr zweifelhafte Resultate.

VI. Verfassers neue Methode zur Bestimmung der unteren Magengrenze. Dieselbe beruht auf folgendem Grundgedanken. Wenn es möglich wäre, den Augenblick zu erfassen, wann das untere Ende der Magensonde die untere Magenwand berührt, so würde man durch Vergleichung des von den Zähnen bis zum Magengrunde reichenden Sondenstückes mit constanten Körperdimensionen (Körperhöhe, Länge der Wirbelsäule u. dgl.) die Lage der unteren Magengrenze ermitteln können. Zu diesem Zwecke liess sich Verf. folgenden Apparat con-

struiren: Das untere Ende einer gewöhnlichen, elastischen, englischen Magensonde wird senkrecht abgeschnitten, so dass es in eine runde Oeffnung ausläuft. Im Innern der Sonde ist, in einer Entfernung von 4—5 cm von unten, eine durchbohrte Hornscheibe fest angebracht; das trichterfömig erweiterte obere Ende der Sonde ist mit einem ebenfalls durchbohrten Holzcylinder verschlossen. Durch die ganze Länge der Sonde verläuft ein ziemlich dünner unbiegsamer Stahldraht (Mandrin), der durch die Oeffnungen des oberen Holzcylinders und der inwendigen Hornscheibe durchgezogen ist. An seinem unteren, über die untere Sondenöffnung hinausragenden Ende trägt der Mandrin einen zapfenartigen Hornaufsatz, der, wenn er an das untere Ende der Sonde angedrückt oder durch das obere Drahtende angezogen wird, die untere Sondenöffnung vollständig deckt und dem Apparat die Form einer gewöhnlichen Magensonde gibt. An die oben beschriebene inwendige Hornscheibe ist von unten ein leichtes Metallgewinde angebracht, dessen Windungen um den Stahldraht nach unten hin verlaufen und dessen unteres Ende in einiger Entfernung von der Hornscheibe mit dem Drahte fest verbunden ist. Durch dieses Gewinde wird der untere Hornaufsatz des Drahtes in einer Entfernung von 1—$1^{1}/_{2}$ cm vom unteren Sondenende erhalten, wenn derselbe nicht durch unmittelbaren Druck oder durch Anziehen des oberen Drahtendes dem unteren Sondenende genähert wird.

Die Anwendung dieses Apparates ist folgende: Der Hornaufsatz des Mandrins wird an die untere Sondenöffnung genau angezogen und in dieser Lage durch eine einfache am oberen Drahtende angebrachte Klemmvorrichtung befestigt. Darauf wird das Instrument wie eine gewöhnliche Magensonde in den Magen eingeführt. Sobald die Sonde mit ihrem unteren Ende die Cardia passirt hat, wird die Klemme entfernt, so dass nun der Hornaufsatz kraft des Metallgewindes von der unteren Sondenöffnnng abspringt. Wenn man nun das Instrument noch tiefer in den Magen einführt (angenommen, derselbe ist mit Gas oder Flüssigkeit mässig gefüllt), so wird von dem Augenblicke an, wo der Hornaufsatz die untere Magenwand berührt und an dieselbe leicht angedrückt wird, das obere Drahtende um ebenso viel über das obere Sondenende hinausragen, um wieviel sich der Hornaufsatz dem unteren Sondenende genähert hat. Die erste Bewegung des oberen Drahtendes gibt uns genau den Augenblick an, in welchem der Hornaufsatz den Magenrand berührt. Wenn wir nun diesen Augenblick dadurch festhalten, dass wir uns mit dem Finger denjenigen Punkt der Sonde verzeichnen, der im Augenblicke der ersten Bewegung des Drahtes die Zähne berührte, so ist der Abstand zwischen diesem Punkt und dem unteren Sondenende (sammt dem hervorragenden unteren Drahtende und dem Hornaufsatz) gleich der Entfernung der Zähne von der unteren Magenwand. Durch Vergleichung dieser Entfernung mit constanten Körpermaassen können wir nach Penzoldt leicht ermitteln, ob die Lage der unteren Magengrenze im speciellen Falle normal oder pathologisch ist. — Vor der Herausnahme des Instrumentes muss der Hornaufsatz angezogen und mittelst der Klemme festgehalten werden.

Verf. versichert, dass die Manipulation mit einem Instrumente durchaus nicht complicirt oder schwierig ist. Er stellt an dieses In-

strument folgende Forderungen: 1. Die Sonde muss ziemlich steif sein, damit sie sich bei Berührung der Magenwand nicht einbiegt; dabei kann sie ziemlich dünn sein (10—12 mm im Umfang); 2. Der den Hornaufsatz tragende Mandrin muss ebenfalls ziemlich steif sein, aus versilbertem oder verzinktem Stahl (nicht aus Messing oder Kupfer) bestehen und in der Cylinder- und Scheibenöffnung mit möglichst geringer Reibung beweglich sein: 3. Das Metallgewinde muss schwach und leicht sein, damit bei dem leichtesten Druck an die Magenwand deren Hornaufsatz sich dem unteren Sondenende nähern kann; 4. Das Instrument muss länger als die gewöhnlich gebräuchlichen Magensonden sein (90—1000 cm), damit man mit ihm bei beträchtlicher Magendilatation bis zur unteren Magenwand reichen kann. — Verf. empfiehlt vor der Manipulation den Kranken ein Glas Wasser trinken zu lassen, damit die Falten des etwa contrahirten Magens die Einführung nicht behindern und dadurch zu keinem falschen Schlusse uns verleiten. — Derselbe Apparat empfiehlt sich zugleich zur Bestimmung der muskulären Magenenergie; als Maass hierbei kann uns der Unterschied zwischen der Länge des eingeführten Sondenstückes im Ausgenblicke der ersten Mandrinbewegung und der bei vollständiger Annäherung des Hornaufsatzes dienen. Wenn es sich um mathematische Genauigkeit handelte, so könnte man die Kraft des Metallgewindes bestimmen und die Widerstandskraft, mit der sich die Magenwand dem Drucke der Sonde entgegensetzt, genau in Ziffern angeben.

Die bis dahin vom Verf. mit seinem Instrumente erhaltenen Resultate erwiesen sich als genau.

Smolénski (Ernsdorf in Schlesien).

665. **J. Garel, Cirrhose hypertrophique graisseuse du foie.** Fettige hypertrophische Lebercirrhose. (Revue de méd. 1881. Nr. 12.)

Verf. berichtet über einen Fall von Lebererkrankung, welcher sich den von Sabourin als „fettige hypertrophische Cirrhose“ beschriebenen anschliesst.

Eine 42 jährige bisher gesunde Frau fühlt sich seit einem Jahre matt und magert ab, hat seit 6 Monaten Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen galliger und schleimiger Massen. Mitunter leichtes Oedem der Beine. Stuhl regelmässig. Seit 8 Tagen Anschwellung des Leibes. Bei der Aufnahme ins Spital findet sich an der stark abgemagerten fahl aussehenden Kranken ein mässiger Ascites, vergrösserte Leberdämpfung. Nach einigen Tagen stellen sich Delirien ein, der Ascites nimmt zu, Oedeme der Beine, Tod 6 Tage nach der Aufnahme.

Die Section ergiebt 1 Liter Ascitesflüssigkeit. Die Leber sieht gelb aus, ähnlich einer Fettleber, hat an der Oberfläche zahlreiche kleine Granulationen. Peritonealüberzug nicht verdickt, ebensowenig

die Glisson'sche Kapsel um die Gefässe. Parenchym sehr hart, zeigt überall hellgelbliche kleine Granulationen. Gewicht 3 $^1/_4$ Kilo. Milz gross, weich.

Auf der Schnittfläche zwischen normal gefärbten Parthien viele hellgelbliche Stellen. Mikroskopisch:

1. Bindegewebe stark hyperplastisch, theils in ringförmigen Bildungen, die oft mehrere Läppchen umfasen, theils als sternförmige oder winklige Flecke in den Interlobularräumen. Von den „Hauptbündeln“ gehen zahlreiche feinere secundäre Bündel in die Läppchen bis an die Centralvene hinein.

2. Leberzellen an den normal gefärbten Parthien nicht wesentlich verändert, an den hellgelblichen Stellen stark fettig infiltrirt. Dazwischen viele Uebergänge. Die verfetteten Zellen sind rundlich, voluminös und bestehen aus zahlreichen kleinen Fettkörnchen; nach Behandlung mit Aether bleibt bloss die Zellmembran übrig, ein Kern fehlt. Vielfach finden sich die degenerirten Zellen zwischen den gesunden verstreut.

3. Von den Gefässen zeigt die V. centralis verdickte Wandungen und verengertes Lumen; die Capillaren der Läppchen sind nicht zu erkennen, wahrscheinlich sind sie fibrös degenerirt.

Lüderitz (Jena).

---

666. **Secretan, et Larguier, Calcul biliaire volumineux expulsé par l'anus.** Grosser Gallenstein durch den After entleert. (Rev. méd. de la Suisse Rom. 1882. Heft 2. S. 74.)

Ein 55 jähr. Mann erkrankt am 20. Juli 1880 an heftigen, 12 Stunden dauernden Koliken. Darauf mehrtägiges Wohlbefinden, welchem ein leichtes bis zum Ende des Monats dauerndes Fieber mit beträchtlicher Leberanschwellung folgte. Kein Icterus. Am 4. August Phlebitis des rechten, dann des linken Beines. Beide verlaufen leicht und rasch. Das Allgemeinbefinden ist schlecht, grosse Schwäche, kein Appetit, Verstopfung. Die Anschwellung der Leber nimmt ab und geht in eine Verkleinerung derselben über. Der Kranke bricht alles Genossene aus. Am 1. September wird nach starkem Brechen ein Spulwurm durch den Mund entleert. Von da an bedeutende Besserung bis zum 20. September. Dann heftige maniakalische Anfälle mit Schmerzen im Kopf und den Beinen. Diese Anfälle traten anfangs während den Mahlzeiten ein, später 1—2 Stunden nachher, endlich kurz vor der Defaecation. Sie dauerten mit Unterbrechungen bis zum 16. October 1881, an welchem Tage der Kranke einen Gallenstein von 8 cm Länge und 10 cm Umfang per anum entleerte. Die Anfälle kamen nach kurzer Pause noch einigemale wieder, um dann ganz zu cessiren. Im Verlauf der Erkrankung (October 1880) stellte sich Melancholie und bedeutende Atrophie mit Hyperästhesie des linken Arms und Beins ein. Längere

Anwendung des constanten Stroms und kleine Dosen Strychnin führte bis zum März 1881 Besserung von diesen Zuständen herbei. Auch nach vollständiger Genesung blieb längere Zeit Gedächtnissschwäche zurück. Die mikroskopische und chemische Untersuchung des Steins ergab, dass derselbe eine Hülle von reinem Cholesterin besass; dann folgte eine Schicht Cholesterin, welches mit einem amorphen, braunen Pigment (Gallenfarbstoff) innig vermischt war. Das Innere des Steins wurde von einem weichen, weisslichen, polyedrischen Kern gebildet, der aus Haufen von nadelförmigen Krystallen zusammengesetzt war. Die Verf. erklären den Fall in folgender Weise. Zunächst Einkeilung des Steins im Ductus choledochus, dann Zurückfallen desselben in die Gallenblase; Entzündung dieser letzteren und ihres Bauchfellüberzugs, Verlöthung mit dem Dickdarm, Fistelbildung, Durchtritt des Steines ins Colon, in welchem derselbe etwa 14 Monate sich aufhielt, allmählich tiefer trat und schliesslich per anum entleert. Unerklärt lassen sie die doppelseitige Phlebitis. Die nervösen Erscheinungen fassen sie als Reflexerscheinungen auf, hervorgerufen durch den Reiz des Steins auf die Nervenendigungen im Dickdarm. Sie führen einen im Hôtel-Dieu beobachteten Fall an von einer an Cholelithiasis leidenden Dame, bei der sich ähnliche nervöse Erscheinungen zeigten.

Brockhaus (Godesberg).

667. **Monti** (Wien), **Vergiftung durch Carbolsäure nach äusserer Anwendung derselben.** (Archiv für Kinderheilkunde. III. Band. 1. u. 2. Heft. 1881.)

Verf. verordnete einem 6-wöchentlichen, sehr anämischen, zu früh geborenen Kinde wegen eines sehr ausgebreiteten Eczems am Gefäss und an der innern und hintern Seite der untern Extremitäten Carbolsäureumschläge; die Dosis der Carbolsäure betrug 0,4 auf ol. olivarum und aq. calcis āā 100,0. Es wurden Leinewandlappen in diese Lösung entsprechend der Grösse der eczematösen Stellen eingetaucht, die Umschläge wurden alle 2 Stunden gewechselt; nach 4 Stunden, als die Lappen nur 3 mal gewechselt waren, bekam das Kind plötzlich Erbrechen, dann stellten sich Convulsionen ein, Sopor, die sichtbaren Schleimhäute waren sehr blass, Pupille eng, Temperatur nicht erhöht, Puls klein, schwach, Respiration unregelmässig, sehr beschleunigt. Die Carbolsäureumschläge wurden sofort ausgesetzt, ein warmes Bad, gegen den Collaps Excitantien und warme Einwicklungen am Stamme, gegen die Convulsionen Bromkali (1 : 100) verordnet. Die Convulsionen wiederholten sich innerhalb der ersten 12 Stunden der Erkrankung 3 mal, bei allen Anfällen, welche allerdings nur von kurzer Dauer waren, war das Kind vollständig bewusstlos. Nach den ersten 12 Stunden hörten die Convulsionen gänzlich auf. 7 Stunden nach der äusseren Anwendung der Carbolsäure war dann eine beträchtliche Verminderung

der Urinmenge und eine braungelbe Färbung des Urins zu constatiren; erst am 3. Tage der Vergiftung begann die Urinmenge mit dem Nachlass der Collapserscheinungen zuzunehmen, während die braune Färbung blieb; am 4. und 5. Tage nahm die braune Färbung ab; ebenso hatten die Stühle am 2. und 3. Erkrankungstage eine gelbbräunliche Färbung. Die chemische Untersuchung des Urins und der Stühle konnte wegen der geringen Mengen nicht vorgenommen werden.

Bereits 16 Stunden nach der Entwicklung des Carbolismus trat eine schmutzig bräunliche Verfärbung, zuerst im Gesicht und an den Extremitäten auf, dann erst verbreitete sie sich am Stamme; am Abend des 2. Erkrankungstages, als die allgemeinen Erscheinungen der Vergiftung ihren Höhepunkt erreicht hatten, wurde die Färbung am ganzen Körper gleichmässig intensiv. Am 5. Tage, als die allgemeinen Erscheinungen der Vergiftung geschwunden waren, als Collaps und Bewusstlosigkeit nicht mehr existirten, Stuhl und Urin wieder normal war, begann die gelbbräunliche Färbung des Körpers abzunehmen und zwar in umgekehrter Reihenfolge, in welcher sie aufgetreten war. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass die ganz geringe Dosis von Carbolsäure, die ja oft in grosser Menge auf der Haut oder auf Wunden ohne jeden Schaden angewendet wird, durch die Application über eine grosse excoriirte Hautpartie, bei dem geringen Körpergewicht des Kindes, zur Intoxikation führte. Bei Inhalationen mit mehrprocentigen Carbolsäurelösungen, wie sie Verfasser bei Pertussis und Diphtheritis angewendet hat, hat er niemals Carbolsäurevergiftungen beobachten können.

Kohts (Strassburg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **6. April.** **Nro. 50—52.**

668. **Dr. Jul. Wolff** (Assistenzarzt am Allerheiligenhospital in Breslau), **Beitrag zur Lehre von der Dualität des Varicellen- und Variolencontagiums.** (Breslauer ärztl. Zeitschr. pro 1882. Nr. 1 und 2.)

Während Fleischmann, Eisenschitz, Widerhofer, Lothar Mayer, Thomas, Henoch die Ansicht vertreten, dass Variola und Varicellen zwei verschiedene Krankheiten sind, vertheidigen Hebra und seine Schule die Identität der beiden Contagien und geben nur eine quantitative Verschiedenheit der Gifte zu. Da zwei identische Contagien einander für immer oder wenigstens für längere Zeit ausschliessen, so geben ein wichtiges Criterium in dieser Frage Fälle ab, in denen ein Individuum kurz nach den Varicellen Variola bekommt und umgekehrt, ebenso nach geglückter Vaccination Varicellen. Derartige Fälle sind mehrfach in der Literatur verzeichnet, sehr selten aber ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung an beiden Infectionskrankheiten. Thomas, der bedeutendste Gewährsmann auf diesem Gebiet, hält es für möglich, Delpech hat 1845 einen solchen Fall beschrieben. Ein weiterer Fall wird vom Verf. mitgetheilt: ein an Varicellen erkranktes Kind wird in der letzten Krankheitsperiode, durch Infection mit echter Variola, von Variola vera befallen.

Es folgt die genaue Krankengeschichte, die zuerst das typische Bild der Varicellen, später das der Variola erkennen lässt. Die Krankheit setzte mit geringer Temperatursteigerung ein, zugleich erfolgte die Eruption von wasserhellen Bläschen und spärlichen Papeln. Die Bläschen, ohne Knötchenbildung im Grunde, trockneten rasch ein; bemerkenswerth war das gleichzeitige Bestehen verschiedener Entwicklungsstadien des Exanthems und das andauernd gute Allgemeinbefinden. Später erfolgt eine dreitägige Temperatursteigerung, am dritten Tag die Eruption des fast stets auf gleicher Entwicklungsstufe befindlichen Exanthems, das später mit dickem Eiter gefüllte Pusteln bildet. Die Infectionsquelle wird auf das Wärterpersonal zurückgeführt, das einen Fall von Variola, diesen und einen 2. Fall von Varicellen (geimpft) zugleich bediente; der beschriebene Fall war angeimpft und erkrankte allein an Variola vera.

Menche.

---

669. **Christian, Mal perforant du pied dans la paralysie générale.** Mal perforant des Fusses bei allgemeiner Paralyse. (L'Union méd. Nr. 16.)

C. beobachtete das Uebel in zwei Fällen von allgemeiner Paralyse. Der erste betrifft einen 48 jähr. Kaufmann, der nach einem Stadium erotischer Aufregung verbunden mit epileptiformen Anfällen an Grössenwahn und allgemeiner Paralyse erkrankt war. Das Geschwür, angeblich seit 2 Jahren bestehend, befand sich an der untern Fläche der linken grossen Zehe, hatte wie mit einem Locheisen ausgeschlagene verdickte Ränder und graugefäbten Grund. Die Sonde drang tief in das Gelenk auf entblössten und mit zottigen Wucherungen bedeckten Knochen. Das Geschwür verbreitete einen fötiden Geruch, war auch gegen Berührung und Untersuchung mit der Sonde durchaus unempfindlich. Der zweite Fall, der einen 31 jähr. Officier betraf, verhielt sich bezüglich der geistigen Störung ganz ähnlich wie der erste. Das Geschwür sass ebenfalls an der Plantarseite der linken grossen Zehe, hatte ganz das Aussehen des oben beschriebenen, drang aber nicht so tief ein. Bei demselben Kranken hatte vor längerer Zeit ein ähnliches Uebel an der rechten grossen Zehe bestanden, und war nach mehrmonatlicher Behandlung abgeheilt. Bei beiden Kranken trat mit der Besserung des Fussleidens eine bedeutende Remission der geistigen Erkrankung ein. Die Beobachtungen von Mal perforant des Fusses bei allgemeiner Paralyse sind nach C. sehr selten; er findet in der Literatur nur einen von Lancereaux beschriebenen Fall. Die Ansicht, dass diesem Leiden trophische Nervenstörungen zu Grunde liegen, findet er durch seine Beobachtungen bestätigt, da bei Paralytikern nicht das Gehirn allein, sondern das ganze Nervensystem mehr oder weniger tief erkrankt sei. Er glaubt nach seinen Erfahrungen nicht, dass chirurgische Erkrankungen bei Paralytikern

im Allgemeinen einen schweren Verlauf nehmen, im Gegentheil hat er gefunden, dass Eiterungen oft den Gang der allgemeinen Paralyse günstig beeinflussen und glaubt, dass in den beiden vorliegenden Fällen das Mal perforant eine ähnliche Rolle gespielt habe.

Brockhaus (Godesberg).

---

670. **Dr. M. Bernhardt** und **Dr. M. Treibel** (Berlin), **Ein Fall von (sekundärer) Nervennaht am Nervus ulnaris.** (Berlin. klinische Wochenschr. 1881. Nr. 46.)

Zur Vermehrung der noch spärlichen Kasuistik von sekundärer Nervennaht am Menschen veröffentlichen die Verfasser einen Fall, in welchem die genannte Operation erfolglos war. — In Folge einer Verletzung an der Volar- und Ulnarseite des R. Vorderarms, 4 Querfinger oberhalb des Handgelenks, litt ein Pat. an folgenden Erscheinungen: Lebhaftes Prickeln im Kleinfingerballen und im kleinen Finger bei Druck auf die Narbe, Analgesie und Anästhesie des kleinen Fingers und der Volarseite des Kleinfingerballens, Atrophie des letzteren und der Spatia interossea, Adduktion der Finger gegen einander unmöglich, Streckung der Mittel- und Nagelphalangen mangelhaft, faradische Erregbarkeit der betroffenen Muskeln aufgehoben, galvanische träge und herabgesetzt. Von Zeit zu Zeit auf dem kleinen Finger Blasenbildung mit Hinterlassung von Epidermis-Defekten, die aber bald wieder vernarbten. Nach erfolgloser elektrischer Behandlung wurde 4 Monate nach der Verletzung das centrale mit den peripheren Enden (wahrscheinlich Rami volaris und dorsalis) durch Catgut vereinigt. Es erfolgte prima intensio; aber in den Sensibilitäts- und Motilitäts-Verhältnissen änderte sich nichts. „Das Endergebniss dieser sekundären Nervennaht war somit leider ein negatives“.

Stintzing (München).

---

671. **Dr. D. Kulenkampff** (Bremen), **Ein Fall von Nervendehnung bei Tabes.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881, Nr. 48.)

Aufgefordert durch die in der Literatur verzeichneten Erfolge, nahm K. an einem 43jähr. Pat., der, seit Jahren mit einem RM.-leiden behaftet, ausgesprochene Symptome der Tabes (Ataxie, Fehlen der Sehnenreflexe, Gürtelgefühl, herabgesetzte Tast- und Schmerzempfindung mit stellenweise verlangsamter Leitung, aufgehobenes Muskelgefühl, Myosis, Incontin. urinae) darbot, die Dehnung beider Ischiadici unter Lister's Cautelen vor. Die Blase war vorher mit reinem Katheter entleert worden. Bis auf zurückbleibende Drainlöcher mit geringer

Sekretion erfolgte prima reunio. — Unmittelbar nach der Narkose aber traten bis zu dem 17 Tage später erfolgenden Tode die heftigsten Schmerzen ein, die sich nicht auf die Beine beschränkten, sondern — was früher nie der Fall gewesen — durch die Lenden in den Rücken und bis in den Hinterkopf hinaufzogen. Auf die paralytischen und sensiblen Erscheinungen hatte die Operation, soweit dies zu constatiren war, gar keinen Einfluss. Dagegen setzte am Tage nach der Operation ein heftiger Blasenkatarrh ein, der unter Fieber durch Erschöpfung den Tod herbeiführte. Die Sektion wurde verweigert. K. hält es für wahrscheinlich, dass sich im RM. frische von der Operation herrührende Prozesse gefunden haben würden, und ist überzeugt, dass auch das tödtlich werdende Blasenleiden in einen ziemlich direkten Zusammenhang mit der Operation zu bringen ist. Denn die starke Zerrung des Nerven in der Nähe des plexus ischiadicus vermöge auf alle Fasern des letzteren, zu denen auch die motorischen und sensiblen Blasennerven gehörten, einen tiefgreifenden Einfluss auszuüben. — Man dürfe daher die Ischiadicusdehnung bei Rückenmarksleiden keinenfalls als eine an sich ungefährliche Operation bezeichnen, „falls man es überhaupt noch unternehmen will, durch diese theoretisch so gänzlich in der Luft schwebende Operation eventuell einem Patienten eine Verschlimmerung seiner Leiden zu bereiten".

Stintzing (München).

---

672. **Förster** (Dresden), **Ueber die Anwendung russischer Dampfbäder bei diphtheritisch-croupöser Stenose der Luftwege.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band XVIII. I. Heft. 1882.)

Verf. hat eine Reihe von Patienten mit croupöser Larynxstenose mit russischen Dampfbädern behandelt und in 3 Fällen, wovon genaue Krankengeschichten mitgetheilt werden, Heilung erzielt. Die Dampfbäder wurden früher in einstündiger, in letzter Zeit in halbstündiger Dauer und mit einer Temperatur von 33—35 ° R. des Raumes gegeben und mehrere Mal am Tage wiederholt. — Der Erfolg war ein sehr verschiedener, je nach dem Stadium, wo die Behandlung eintrat. Im asphyktischen Stadium musste die Tracheotomie den Dampfbädern, wenn sie überhaupt in diesem Stadium noch angewandt wurden, immer nachfolgen, während im ersten Stadium der Stenose bei dieser Behandlungsweise fast immer, wenn auch nur für einige Stunden, ein günstiger Effect zu constatiren war. Eine Contraindication liegt in der Anwesenheit hochgradiger Schwäche, in einem sehr elenden und frequenten Pulse, in sehr hohen Temperaturen, in vorhandener Reizung zu Blutungen, endlich in ernsteren Complicationen seitens der Respirationsorgane. Da durch die Dampfbäder regelmässig die Körpertemperatur gesteigert wird und zwar um $^1/_2$—$2^1/_2$ ° C., so hat Verf., wenn die Temperatur längere

Zeit höher blieb, als vor dem Dampfbade, die Temperatursteigerung durch nachträgliche Kühlwasserbäder oder durch Einpackungen bekämpft. Sonstige Nachtheile traten nicht zu Tage.

Kohts (Strassburg).

---

673. **Prof. Chvostek** (Stabsarzt in Wien), **Ein Fall von Aneurysma der art. anonyma und des untersten Stückes der rechten Carotis.** (Allg. Wien. med. Zeit. XXVII. Jahrg. Nr. 7 und 8.)

Ein 46 jähr. Schiffsarzt bemerkte nach einem Sturz vom Pferde allmählich zunehmende Schmerzen hinter dem rechten Schlüsselbein nahe dem Brustbein. Die Schmerzen kamen in Anfällen, waren stechend und reissend, und verstärkten sich nach Anstrengungen. $1\frac{1}{2}$ Jahr später bemerkte Pat. Anschwellung der Nagelglieder, ein Gefühl von Pelzigsein sowie Abnahme der Kraft in der rechten Oberextremität. Wegen der erheblich heftiger werdenden neuralgischen Schmerzen gebraucht Pat., ohne Erfolg, Massage, Heilgymnastik und Kaltwasserkur. $2\frac{1}{4}$ Jahre nach Beginn des Leides gelang es dem Vf. die bis dahin verkannte Krankheit zu erkennen. Es fand sich: Unteres Ende der r. carotis bis 2 cm nach aufwärts von der clavicula stark erweitert, pulsirend, 3 cm breite Dämpfung entsprechend dem r. sterno-clavicular-Gelenk bis zur Mitte des Sternalrandes des ersten rechten Intercostalraums, darüber scharfes systolisches Geräusch. Herzstoss im 5. Intercostalraum, 2 cm über die Papillarlinie hinausreichend. 2 Aortenton klingend. In Lungen u. s. w. nichts Abnormes. Beide art. radiales synchron pulsirend, gleichweit. Hautvenen an der r. Oberextremität etwas ausgedehnt, daselbst Oedem. Sensibilität der r. Hand vermindert. Endglieder der Finger kolbenförmig aufgetrieben und bläulichroth.

Ausser Ruhe, zeitweilig Digitalis wurden nun dem Pat. 6 Ergotin-Einspritzungen, Bombellon'scher Lösung mit Wasser verdünnt, (E. dialysatum) gemacht. In den ersten 4 Wochen der Behandlung wuchs das Aneurysma rasch und trat bis 4 cm über die clavicula hinaus, und verschob den Kehlkopf um $1\frac{1}{2}$ cm nach links. Ueber dem Tumor ein sägendes Geräusch statt des früheren systolischen, Puls der r. radialis sehr schwach.

Nachdem nunmehr an jedem dritten Tag Ergotin von unverdünnter Lösung unter die das Aneurysma umgebende Haut injicirt wurde, trat rasche Besserung ein, jedoch schwand schon nach einigen Tagen der Puls der radialis rechts. Nachdem 21 Ergotin-Injectionen in 6 Wochen gemacht waren, wurde die Behandlung, während welcher einmal die schnell vorübergehenden Symptome einer Embolie eines Zweiges der rechten art. fossae Sylvii aufgetreten waren, ausgesetzt, weil nahezu Heilung eingetreten war. Das Aneurysma des unteren Carotisstückes war ganz hart, unbedeutend pulsirend, erheblich verkleinert. Am Schlüsselbein noch eine Spur von Dämpfung, Kehlkopf kaum noch dislocirt, statt des Geräusches nur noch ein protrahirtes Geräusch über

[illegible] die neuralgischen Schmerzen sind ganz geschwunden, [illegible]ausdehnungen und das Oedem des r. Arms. Herz- [illegible] zurückgegangen. Puls der r. art. brachialis und radialis fehlt. [illegible] bespricht dann noch die Statistik über das Vorkommen [illegible] seltenen Aneurysmas (Crisp fand es unter 915 Fällen von An. [illegible] 34 Mal) und erörtert die näheren zur Diagnose wichtigen Puncte.

Bartold.

---

674. **Carrard, Occlusion intestinale par calcul biliaire.** Darmverschluss durch einen Gallenstein. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 2. S. 82.)

Eine 54 jähr. Dame erkrankte im Mai 1877 unter Fieber, heftigen Schmerzen im rechten Hypochondrium, Verstopfung und Erbrechen. Die Untersuchung ergab starke Anschwellung des rechten Leberlappens. Nach einigen Tagen undeutliches Gefühl von Fluctuation in der Mamillarlinie am Rande der falschen Rippen. Mit dem Dieulafoy werden ca. 100 gr eines flüssigen, stinkenden Eiters entleert, dann durch Auflegen von Wiener Paste der Abscess geöffnet. Anfangs starke Eiterung, dann Bildung einer Fistel die bis Mitte Juni sich schloss. Darauf vollständiges Wohlbefinden bis Mitte August, wo sich aufs neue heftige Leibschmerzen, Verstopfung und unstillbares Erbrechen einstellte. Kein Fieber, keine Auftreibung des Leibes; Hernien nicht nachzuweisen. Die Diagnose schwankte zwischen Invagination und innerer Einklemmung durch einen narbigen Strang. Am 22. August Exitus. Faecalmassen waren bis zum Tode nicht erbrochen worden. Die Autopsie musste sich auf eine flüchtige Untersuchung der Bauchhöhle beschränken. Dabei fand sich an einer, von Adhaerenzen freien Stelle des Jejunum ein etwa hühnereigrosses Concrement, welches dasselbe vollkommen verschloss und so fest sass, dass es durch Druck von aussen nicht von der Stelle bewegt werden konnte. Nach der Spaltung des Darms präsentirte sich ein Stein von 5 cm Länge und 10,8 cm Umfang, der concentrische Schichtung zeigte und aus durch Gallenfarbstoff gefärbtem Cholesterin bestand. Trotz der Unvollständigkeit der Autopsie zweifelt Verf. nicht, dass dieser Stein aus der Gallenblase nach entzündlicher Verwachsung und Communicationsbildung derselben mit dem Dünndarm in diesen übergetreten ist und durch Verschluss des Darmlumens den Tod herbeigeführt hat.

Brockhaus (Godesberg).

Namen-Register.

Sach-Register.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz,** Bonn, Direktor Dr. **Struck,** Berlin,

Prof. **Brieger,** Berlin, Prof. **Ehrlich,** Berlin, Prof. **Finkler,** Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1882.



Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des III. Jahrg. 18 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 8. April. Nro. 1.

(Aus der medicinischen Klinik zu Göttingen.)

Ueber Acetonurie bei Scharlachkranken.

von

Dr. August Deichmüller, Assistent an der Klinik.

Von 6 scharlachkranken Kindern, deren Urin die zuerst von v. Jaksch (Ueber febrile Acetonurie, Sep.-Abdr. aus der Prager med. Wochenschr. 1881. 40) bei dieser Krankheit beobachtete rothe Eisenchloridreaktion gab, wurden im Ganzen 9 Liter Harn destillirt, das Destillat mehrmals rectificirt, dann mit Pottasche versetzt, und die hierdurch abgeschiedene ölige Flüssigkeit mit Chlorcalcium behandelt.

Die so gewonnenen 7 gr Flüssigkeit erwiesen sich nach dem constanten Siedepunkt sowie nach einer Reaktion mit saurem schwefligsaurem Natrium als Aceton.

Ausführlichere Mittheilungen werden an anderem Orte gegeben werden.

---

1. **Rendu, Des éruptions secondaires d'ecthyma et de pemphygus, qui surviennent dans le cours de la variole.** Secundäre Ekthyma- und Pemphyguseruptionen im Verlauf der Pocken. (L'Un. méd. Nr. 18 und 19.)

R. hat diese Complication in 6 Fällen von Variola beobachtet; die Details derselben sind im Original nachzusehen. Gewöhnlich trat die Eruption von Ekthyma resp. Pemphigus ein, wenn die Entwicklung der Variolapusteln ihren Höhepunkt bereits überschritten hatte. In zwei leichten Fällen von discreter Variola war die Anzahl der sich bildenden Blasen eine geringe und blieb ohne jeden Einfluss auf den Krankheitsverlauf. In zwei anderen Fällen von Variola confluens war die secundäre Eruption bedeutend stärker, ohne aber auch hier in bemerkenswerther Weise auf den Krankheitsverlauf zu influenziren. Anders verhielt es sich mit den beiden letzten Fällen. Der eine betrifft einen 20 jähr. Mann mit Variola confluens, bei dem eine sehr ausgedehnte Pemphiguseruption im Suppurationsstadium unter starker Erhöhung der Körpertemperatur eintrat. Dieser Fall endigte letal. In dem 6. Fall zeigte sich die Pemphyguseruption erst, als die Variolapusteln bereits anfingen, auszutrocknen und die Temperatur normal geworden war. Die Blasen localisirten sich, wie in den übrigen Fällen, besonders an den oberen Partieen des Körpers, darauf auch auf den Augenlidern und den Hornhäuten und führten trotz energischer Behandlung zu eitriger Zerstörung beider Augen. R. glaubt nicht, dass es sich in seinen Fällen um eine Pemphigusepidemie gehandelt hat, da sie zeitlich zu sehr auseinander liegen, auch nicht, dass eine besondere Infection zu der Variolainfection hinzugetreten ist. Er ist vielmehr der Ansicht, dass die bei den Pocken bestehende Neigung zu eitrigen Entzündungen, wie sie sich in der häufigen Bildung von subcutanen Abscessen etc. bemerkbar macht, auch als Ursache dieser secundären Eruptionen anzusprechen ist. Therapeutisch empfiehlt er frühzeitige Eröffnung der Blasen und Pusteln, Bäder, Waschungen mit Carbol und Chlorwasser und Aufstreuung eines austrocknenden Pulvers.

Brockhaus (Godesberg).

---

2. **Laulanié, Sur une tuberculose parasitaire du chien et sur la pathogénie du follicule tuberculeux.** Ueber eine parasitäre Tuberculose des Hundes und die Pathogenie des Tuberkels. (Comptes rendus. T. XCIV. Nr. 1.)

Beim Hunde fand Verf. Veränderungen in den Lungen, welche der Tuberculose sehr ähnlich waren, jedoch durch die Eier eines Nematoden, des Strongylus vasorum (Baillet), erzeugt waren. Im erwachsenen Zustande leben die Strongyli im rechten Ventrikel und in den grösseren Aesten der art. pulmonalis, woselbst sie zu Knäueln zusammengeballt durch endarteritische Wucherungen fixirt sind. Von hier aus werden die befruchteten Eier in die kleineren Arterien und in die Capillaren der Lunge transportirt, wo sie sich weiter entwickeln. Die jungen Thiere gelangen dann in die kleinen Bronchien, sie werden wahrscheinlich expectorirt, um dann in den Digestionstractus eines andern Hundes überzusiedeln.

Man findet die betreffenden Lungen mit kleinen, matt durchscheinenden, wie Tuberkel aussehenden Körnern erfüllt. Vor Verwechslung mit Tuberculose schützt jedoch der Umstand, dass diese Knötchen in den Lungenspitzen sehr spärlich, dagegen vornehmlich gegen die Basis hin zu finden sind.

Mikroskopisch zeigt sich: im Centrum jedes Knötchens ein Ei oder ein Embryo innerhalb einer Riesenzelle, letztere von einem mehr weniger reichlichen Kranze epitheloider Zellen und einer leicht fibrösen Zone umgeben. Es handelt sich hier um eine arteriitis nodularis, die sich als eine Wucherung des Gefässendothels darstellt.

Histologisch zeigt sich also in den beschriebenen Knötchen der gewöhnliche Miliartuberkel genau reproducirt, und die anatomische Specifität des letzteren wäre somit hinfällig. Das specifische Agens der Tuberculose müsse auf gleiche Weise wie der Strongylus, initial auf die Gefässendothelien einwirken.

Lüderitz (Jena).

---

3. **Charcot, Note sur les divers états nerveux determinés par l'hypnotisation chez les hystériques.** Bemerkung über die verschiedenen nervösen Zustände, welche durch die Hypnotisirung bei Hysterischen hervorgerufen werden. (L'Union méd. Nr. 23 u. 25.)

C. beobachtete die nachstehenden Erscheinungen an jungen Personen weiblichen Geschlechts, die an Hystero-Epilepsie (Hysteria major) litten. Er unterscheidet drei Formen: den kataleptischen, den lethargischen und den somnambulischen Zustand. Alle drei können direct hervorgerufen werden und für sich bestehen; eben so gut können sie

aber auch bei derselben Person nach einander entstehen resp. in einander übergehen. Neben diesen bestimmt charakterisirten und ausgebildeten Zuständen kommen rudimentäre Formen vor.

Der kataleptische Zustand kann direct hervorgerufen werden durch ein starkes, unerwartetes Geräusch, durch grelles Licht und durch mehr oder weniger lange Fixation eines Gegenstandes; er kann auch aus dem lethargischen Zustand entstehen, wenn die bei letzterem geschlossenen Augen geöffnet und dem Licht ausgesetzt werden. Das am meisten in die Augen fallende Symptom des kataleptischen Zustandes ist die Unbeweglichkeit. Die Physiognomie ist ausdruckslos, der Blick starr; bei der seltenen Bewegung der Lider häufen sich die Thränen im Conjunctivalsack an und fliessen über die Wangen herab. Die Respiration ist oberflächlich mit langen Pausen. Die Glieder bleiben in jeder beliebigen Stellung, welche man ihnen giebt; dabei sind aber die Gelenke nicht steif, sondern lassen sich leicht beugen und strecken. Die Sehnenreflexe sind aufgehoben oder beträchtlich vermindert. Es besteht vollständige Analgesie der Haut. Der Gesichts- und Gehörssinn bleibt wenigstens theilweise erhalten; man kann durch Befehle und Zureden automatische Bewegungen erzeugen und Hallucinationen hervorrufen, unter deren Einfluss mehr oder weniger complexe Bewegungen ausgeführt werden. Nachher tritt der Zustand der Unbeweglichkeit wieder ein. Schliesst man ein Auge, so tritt auf der entsprechenden Seite Lösung und neuro-musculäre Hyperexcitabilität ein, während auf der andern Seite der kataleptische Zustand bleibt (Hemikatalepsie, Hemilethargie).

Der lethargische Zustand entwickelt sich aus dem kataleptischen durch Schliessung beider Augen oder durch Verdunkelung der Umgebung. Er kann primär entstehen durch Fixiren eines etwas entfernten Gegenstandes. „Eingeleitet wird derselbe durch eine tiefe Inspiration mit einem ganz besonderen Geräusch im Kehlkopf, der bald das Auftreten von etwas Schaum auf den Lippen folgt. Die Augen sind ganz oder halb geschlossen, die Athembewegungen tief und hastig; die Augäpfel bewegen sich convulsivisch nach oben und innen, die Lider sind in unaufhörlich zitternder Bewegung. Der ganze Körper ist erschlafft, die Glieder fallen, aufgehoben, schwer herab. Es ist ganz das Bild eines tiefen Schlafs“. Die Sehnenreflexe sind verstärkt. Es besteht eine Hyperexcitabilität der Nerven und Muskeln. Durch Klopfen mit dem abgestumpften Ende eines Stäbchens auf Sehnen, Muskeln oder Nerven kann man Contractionen der betreffenden Muskeln hervorrufen, welche so kräftig sind, dass sie jedem Dehnungsversuch widerstehen und lange, auch noch nach dem Erwachen, anhalten können. Die Contractionen verschwinden sofort, wenn man durch Klopfen die Antagonisten in Thätigkeit setzt. Dies bezieht sich indess nur auf die Nerven und Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten. Mechanische Reizung der Muskeln und Nerven des Gesichts führt nur eine sofort wieder verschwindende Contraction herbei. Reize der Haut allein, Kneifen, Anblasen, leichte Berührung bringen das Phaenomen nicht hervor. Es besteht vollständige Analgesie; Gesicht und Gehör scheinen ihre Functionsfähigkeit nicht ganz verloren zu haben; durch Zureden etc. gelingt es indess meistens nicht, irgend eine Bewegung oder dergl. hervorzurufen. Durch Oeffnen der Augen und Einwirkung des Lichts geht der

lethargische in den kataleptischen Zustand über, durch Oeffnen eines Auges entsteht Hemilethargie, Hemikatalepsie, s. o. Der somnambulische Zustand kann bei gewissen Personen durch Fixation des Blicks und durch einen oft wiederholten eintönigen sensoriellen Reiz erzeugt werden; er entsteht aus dem lethargischen kataleptischen Zustand, indem man auf den Scheitel drückt oder ihn reibt. „Dieser Zustand gleicht sehr dem sogen. magnetischen Schlaf. Seine Phänomene sind sehr complexer Natur und zum Theil schwer zu erklären. Die im somnambulischen Zustand befindliche Person hat die Augen ganz oder halb geschlossen; die Lider sind oft, aber nicht immer, in zitternder Bewegung. Sie scheint eingeschlafen oder betäubt, aber die Erschlaffung des Körpers und der Glieder ist nicht so hochgradig, wie im lethargischen Zustand. Die Sehnenreflexe sind nicht verändert, die Hyperexcitabilität der Nerven und Muskeln existirt nicht. Aber man kann durch leichte Berührung oder Anblasen einer Extremität einen Zustand von Rigidität derselben hervorrufen, der sich von der im lethargischen Zustand durch mechanischen Reiz der Muskeln etc. erzeugten Contractur dadurch unterscheidet, dass er sich nicht durch Reizung der Antagonisten, wohl aber durch Wiederholung derjenigen Reize löst, durch die er entstanden ist. Von der Steifigkeit im kataleptischen Zustande unterscheidet sich dieser Zustand durch die Rigidität der Gelenke. Obwohl im somnambulischen Zustand die Analgesie vollständig sein kann, sind gewisse Sinne: Muskelsinn, Gesicht, Gehör, Geruch übermässig scharf. Durch Befehle etc. kann man sehr complicirte automatische Bewegungen hervorrufen. Wenn man bei einer im somnambulischen Zustande befindlichen Person einen Druck mit dem Finger auf den Augapfel ausübt, entwickelt sich der lethargische Zustand, nach Oeffnen der Augenlider und Offenhalten derselben an einem hellen Ort der kataleptische.

Schliesslich verwahrt sich C. dagegen, dass die von ihm beobachteten Erscheinungen auf einer Illusion des Beobachters oder auf Simulation seitens des Versuchsobjects beruhen. Bezüglich der von ihm vorgeführten Gründe für die Reellität der beschriebenen Phaenomene s. i. Original.

Brockhaus (Godesberg).

---

4. **Emile Demange, Le tremblement sénile et ses rapports avec la paralysie agitante.** Der senile Tremor und seine Beziehungen zur Paralysis agitans. (Revue de médec. 1882. Nr. 1.)

Der senile Tremor ist durchaus nicht so häufig, als man gewöhnlich annimmt. Unter 300 Greisen des Hospitals Saint-Julien fanden sich nur 6 Patienten mit unzweifelhaftem senilen Tremor, 3 Männer und 3 Frauen, von denen Verf. genaue Krankengeschichten giebt.

Der Verlauf der Krankheit ist äusserst protrahirt, zieht sich durch eine grosse Reihe von Jahren hin. Am häufigsten zittert zuerst der Kopf, später die oberen Extremitäten, selten die Beine und übrigen

Körpermuskeln. Das Zittern fehlt, wenn der betreffende Körpertheil unterstützt ruht, sowie im Schlafen. Bei jeder Bewegung des Theiles tritt es auf und wird durch körperliche oder psychische Erregungen gesteigert. Mitunter ist es vor der Mahlzeit heftiger als nach derselben.

Der Kopf zittert bald in verticaler, bald in horizontaler, bald in einer combinirten Richtung. Unabhängig von ihm zittert mitunter auch der Unterkiefer und die Zunge, sehr selten einzelne Gesichtsmuskeln. Nystagmus kommt nicht vor.

Der Tremor der oberen Extremitäten wird niemals so schüttelnd wie bei Paral. agit. Im Moment einer intendirten Bewegung hört er nicht auf. Die graphische Darstellung des Tremors mittelst eines Marey'schen Polygraphen ergiebt: regelmässige, etwa 4 mal in der Secunde erfolgende, Oscillationen, von denen jede mit mehreren kleineren Erhebungen versehen ist, die davon herrühren, dass die einzelnen Finger einer Hand die Excursionen des Zitterns nicht gleichzeitig in demselben Sinne machen. Nur die Amplitude, aber nicht die Dauer der Oscillationen vergrössert sich, wenn die Muskelanstrengung energischer ist.

Der Allgemeinzustand der untersuchten Greise war vortrefflich, Muskelschwäche war entsprechend dem hohen Alter vorhanden. Sämmtliche Patienten waren bereits seit Decennien mit dem Tremor behaftet, in 4 Fällen (67 %) hatten auch die Eltern daran gelitten.

Anatomische Läsionen sind, abgesehen von senilen Veränderungen, bisher im Rückenmark von Greisen, die mit Tremor behaftet waren, nicht aufgefunden worden.

Das Zittern der Greise ist mithin, gleich der Paralysis agitans, zu den Neurosen zu rechnen. Ueberhaupt zeigt es mit letzterer Krankheit vieles Gemeinsame. Dass bei der Paralysis agitans das Zittern im Moment einer intendirten Bewegung aufhört, dass ferner bei dieser Krankheit der Kopf und der Unterkiefer an sich nicht zittern, dies Beides erlaubt keine scharfe Trennung der Paral. agit. vom Tremor senilis: denn es finden sich zweifellose Fälle von Paral. agit., welche die eben genannte Eigenthümlichkeit nicht darbieten. Nach Verf. existirt zwischen beiden Krankheiten nur eine graduelle Differenz und er proponirt daher für sie einen gemeinsamen Namen: tremblement rythmé oscillatoire.

Lüderitz (Jena).

---

5. **Dr. Knoevenagel** (Oberstabsarzt in Schwerin), **Beiträge zur Statistik und Aetiologie der Lungenentzündungen im Militär.** (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1882. Heft 1 und 2.)

Der Verf. bespricht an der Hand von 80 Erkrankungen an Lungenentzündung, welche er während des Zeitraumes von 7 Monaten im Winter 1879/80 im Garnison-Lazareth zu Köln zu beobachten Gelegenheit hatte, sowie unter Berücksichtigung der von anderen Autoren bis dahin gemachten Erfahrungen und Erhebungen, in einer sehr eingehen-

den Darstellung die Frage von der Aetiologie der Lungenentzündungen im Militär. Zur endgültigen Beantwortung derselben bietet die Feststellung von diesbezüglichen Puncten gerade bei den Soldaten leicht einen gewichtigen Anhalt, in so fern, als es sich bei ihnen um Kranke von nahezu gleichem Alter, gleichen Lebensbedingungen und gleicher Beschäftigung handelt und somit schon eine Menge verschiedenartiger Bedingungen fortfallen, deren Berücksichtigung im Civil in solchen Fragen störend auf die Beurtheilung einwirken.

Es werden zunächst die Ausgänge, ferner die Localisirung, die verschiedenen Formen, besonders erwähnenswerthe Symptome und Sectionsresultate zur Beleuchtung der dem Bericht zu Grunde liegenden Fälle erwähnt.

Von den 80 Kranken (8% des Gesammt-Zuganges an innerlich Kranken) starben 7—9%. Krisis trat in 59 Fällen ein, und zwar 15 mal am 7. Tage, die hintere untere Lungenpartie war je 17 mal befallen. Unter den 80 Fällen waren 33 lobuläre oder Broncho-Pneumonien, worin Verf. alle die Pneumonien mit begreift, die kein deutliches fibrinöses sputum zeigten, und sich gleichsam aus bronchitischen Erscheinungen heraus entwickelten. Von fibrinöser Form waren 30 Fälle (11 reine, 19 Pleuro-Pneumonien mit je einem Todesfall, biliös waren 15 mit 5 Todesfällen, intermittirend 2 Pneumonien. Einer hohen Temperatur entsprach nicht jedes Mal eine hohe Pulsfrequenz, jedoch starben alle Kranke mit einer Pulsfrequenz über 130.

Nachdem der Verf. im Weiteren die Ansichten der einzelnen Autoren über die Aetiologie der Lungenentzündungen praecisirt hat, entwickelt er die eigenen Deductionen auf Grund der bei seinen Kranken eruirten Umstände.

1. und 2. Einfluss des Quartiers auf Frequenz und Schwere der Erkrankung.

Eine genaue Untersuchung ergab, dass gerade in denjenigen Kasernements, welche das Haupt-Contingent zu den Erkrankungen an Lungenentzündung stellten, die hygienischen Verhältnisse am ungünstigsten waren, indem sie entweder, wie einzelne Forts, relativ feucht waren und ihr Untergrund, wegen seiner tiefen Lage, häufigeren Schwankungen des Grundwasserstandes unterzogen war, oder indem Zersetzungsproducte aus faulenden Stoffen in der Nähe sich entwickelten und die Ventilation in den zur Unterkunft der Truppen dienenden Räumen, früher meistens Klöster, eine höchst mangelhafte war. Gleiche Beobachtungen werden, als von Gründler gemacht, erwähnt, welcher die Kasernen von Magdeburg mit Rücksicht auf ihre Pneumonie-Erkrankungen unter einander verglich.

An dem nöthigen Luftraume schien es in den betroffenen Stuben nicht zu fehlen, dagegen herrschte in ihnen ein schlechtes „Wohnungsklima“ (Flügge), indem wahrscheinlich die Zimmerwände in Folge ihrer Dicke und bei mangelhafter Ventilation organische Effluvien und andere Schädlichkeiten dauernd zurück hielten und reproducirten.

3. Parallelen der beobachteten Fälle mit anderen endemischen bezw. miasmatischen Krankheiten, vor Allen mit dem Wechselfieber, finden sich bei der Pneumonie in Berücksichtigung der meist vorhandenen Prodrome, des Beginns mit Schüttelfrost, der Milzschwellungen,

der icterischen Symptome, welche letztere dem Verf. die Folge von hämatogenem Icterus zu sein scheinen. Ferner liess sich eine Gewöhnung an das Miasma constatiren, indem von den 80 Erkrankten 51 Recruten, 29 ältere Leute waren; Gründler zählt sogar 64 % Recruten unter seinen Kranken. Der Symptomencomplex ist, wie auch bei anderen miasmatischen Krankheiten, verschieden und resultirt aus den je nach Energie, Heftigkeit und Verbreitungsweg verschiedenen Wirkungen des inficirenden Princips.

4. Nach ihrer früheren Profession verglichen, waren die Schmiede, Weber, Fabrikarbeiter und Bergleute am ungünstigsten mit Pn.-Erkrankungen gestellt, wahrscheinlich weil bei ihrem Gewerbe die Respirationsoberfläche schon von früher her durch Einwanderung gröberer Elemente alterirt war, und auf den neuen Reiz miasmatischer Schädlichkeiten heftiger reagirte. Strapazen in Folge der dienstlichen Anforderungen, Durchnässungen, plötzliche Abkühlungen konnten nur höchst selten als die Ursachen der Pneumonie angesprochen werden.

5. Momente für das epidemische Auftreten der Pneumonie in Köln im Winter 1879/80.

Die ungewöhnliche Kälte des Winters konnte nicht als directe Ursache nachgewiesen werden, sondern nur als indirecte, in so fern als sie die Lüftung der Wohnräume verminderte. Die Luftfeuchtigkeit war meist gering, dadurch vermindert sich die Secretion der Luftröhrenschleimhaut und etwaige Entzündungserreger mögen so länger auf ihr haften. Am bedeutsamsten erschien dem Verf. ein Zusammenfall der grössten Pneumonie-Morbidität mit Perioden andauernd hohen Luftdruckes und ist er geneigt, aus dieser Thatsache sich das epidemische Auftreten zu erklären. Es ist „kein plötzlich schroffer Wechsel, kein scharfer Wind, keine Durchnässung, sondern nur ein mit Lufttrockenheit einhergehender, längere Zeit währender und hoher atmosphärischer Druck, welcher, von Tag zu Tag und von Woche zu Woche auf der Respirationsfläche lastend, das Tieferdringen miasmatischer Schädlichkeiten begünstigt, so dass endlich bei den solchen Schädlichheiten in genügendem Masse Ausgesetzten, bei dem einen früher, bei dem anderen später, die Infection so weit gediehen ist, dass der typische Frostanfall eintritt; damit, und vielleicht auch beschleunigt durch ganz zufällige Anlässe (Erkältungen etc.), auf welche dann, zumal von dem Kranken, gern alle Schuld geschoben wird, beginnt das Krankheitsbild sich schnell und vollkommen zu entwickeln“.

Verf. schlägt zur Beseitigung der ursächlichen Verhältnisse, soweit möglich, Trennung der Wohn- und Schlafräume der Soldaten vor, um beide abwechselnd ventiliren und das „Wohnungs-Klima“ verbessern zu können und die Einrichtung von warmen und kalten Douchen zur Förderung der Hautperspiration etc. in allen Kasernen.

In einem Nachtrage wird erwähnt, dass der nächste Winter in Köln bei günstigeren meteorologischen Verhältnissen auch weniger Lungenentzündungen gebracht habe, und ihr Auftreten vorzugsweise in Kasernen, welche hygienischen Anforderungen wenig entsprechen, auch durch statistische Nachweisungen aus andern Garnisonen, nachgewiesen.

Bartold.

---

6. **Dr. Biedert** (Hagenau), **Die Empyemoperationen bei Kindern.** Chirurg. Mittheilungen. (Archiv für Kinderheilkunde. III. Band. 3. und 4. Heft. 1881.)

Verf. theilt 2 Fälle vom Empyem bei Kindern mit, welche er mit Incision behandelt und geheilt hat. Bei dem einen Patienten, einem 11-monatlichen Kinde, hatte er 2 mal punktirt, ohne dass er Heilung erzielen konnte. Als er dann die Incision mit Rippenresection machte, genas es in kurzer Zeit. Vf. glaubt, dass man vor der Incision die Punktion versuchen soll; wo aber 14 Tage nach der Punktion noch Fieber besteht oder das Exsudat bleibt oder gar zunimmt, da soll die Incision gemacht werden. Die Resection der Rippe ist nur dann nöthig, wenn die Rippeninterstitien so eng sind, dass sie die Einführung eines Drainrohrs nicht gestatten und wenn der Eiter mit Fibringerinsel gemischt ist, welche ohne Rippenresection schwer herauszubefördern sind. Zum Verband empfiehlt der Verf. Chlorzinkjute, zum Spray eine Lösung von essigsaurer Thonerde; vor Anwendung der Carbolsäure bei Kindern warnt er, gestützt auf fremde und eigene üble Erfahrungen. Ausspülungen macht Verf. nur bei zersetztem Inhalt, er nimmt dann eine 3% Salicyllösung oder eine 1—3% Lösung von essigsaurer Thonerde oder eine 7—10% Borsäure- oder eine 3—5% Chlorzinklösung. Eine Gegenöffnung macht Verf. bei zersetztem Inhalt nicht, da eine gründliche Desinfection durch Ausspülung mittelst des Heberapparates möglich ist. Zum Schluss giebt Verf. noch eine statistische Uebersicht über die im Kindesalter gemachten Empyemoperationen.

Kohts (Strassburg).

---

7. **Dunin** (Warschau), **Plötzlicher Tod durch Eindringen von Luft in die Blutgefässe bei einem Phthisiker.** (Gazeta lekarska, 1881. Nr. 21. Polnisch.)

Bei einem 22 jähr. plötzlich verstorbenen Tischlergesellen mit Phthisis florida erwies die Section in beiden Lungen zahlreiche verschieden grosse Cavernen, unter denen eine, in der Tiefe des linken unteren Lappens befindliche, rothes mit vielen Luftblasen vermischtes Blut enthielt. Im linken Herzventrikel und grösseren Arterien wurde ebenfalls flüssiges Blut mit Luftblasen vermischt gefunden; dasselbe, aber weniger, in der rechten Herzhälfte und grösseren Venen. Andere Organe normal, Körperfäulniss nicht stark, die Parenchymorgane nicht emphysematös.

Verf. erklärt den pötzlichen Tod in diesem Falle durch Eindringen von Luft aus der rothes Blut und Luftblasen enthaltenden Lungencaverne des linken unteren Lappens in die Blutgefässe, wiewohl die genaueste Nachforschung bei der Section das verletzte Gefäss nicht aufzufinden vermochte.

Smolénski (Ernsdorf in Schlesien).

---

8. **Dubois, Note sur deux calculs biliaires volumineux.** Bemerkung über zwei voluminöse Gallensteine. (Rev. méd. de la Suisse Rom. 1882, Heft 2.)

Ein Mann von 57 Jahren, der abgesehen von einem Icterus, an welchem er vor 15 Jahren gelitten, keinerlei auf Cholelithiasis zu beziehenden Erscheinungen gezeigt hatte, erkrankte im December 1881 an Appetitlosigkeit, Gefühl von Schwere im Magen, Verstopfung und galligem Erbrechen. Die Untersuchung ergab geringe Erweiterung des Magens, Schmerzhaftigkeit der Magengegend gegen Druck, kein Fieber, keine Auftreibung des Leibes. Verstopfung und Erbrechen trotzten jeder Behandlung, die ausgebrochenen Massen erinnerten durch ihren Geruch an Dünndarminhalt. Die Diagnose wurde auf Ileus im oberen Theile des Dünndarms gestellt. Am 4. Tage der Erkrankung wurde nach wiederholten Eiswasserklystiren und methodischer Massage des Abdomens ein Stein von 23 mm Breite, 31 mm Länge und 12 Gramm Gewicht per anum entleert, am folgenden Tage ein zweiter, eiförmiger, 9 Gramm schwerer Stein, dessen kleiner Durchmesser 21 mm, der grosse 30 mm betrug. Beide Steine hatten die Consistenz einer harten Seife, zeigten concentrische Schichtung und bestanden aus Cholesterin, Gallensalzen und Gallenpigment. Nach Entleerung der Steine trat völliges Wohlbefinden ein. D. glaubt nicht, dass diese Steine, welche unzweifelhaft in der Gallenblase entstanden seien, den Ductus choledochus passirt haben, da sie in Anbetracht ihrer Grösse heftige Koliken hätten veranlassen müssen. Er ist vielmehr der Ansicht, dass durch eine ganz schleichend und symptomlos verlaufende Entzündung, Verlöthung der Gallenblase und des Duodenums mit nachfolgender Fistelbildung und Uebertritt der Steine in den Dünndarm gelangt sei.

Brockhaus (Godesberg).

9. **Kulakowski, Ein Fall von tuberculöser Nierencyste.** (Przeglad lekarski 1881. Nr. 28. Polnisch.)

Der vom Verf. berichtete Fall ist insofern beachtenswerth, als bei Kindern Nierentuberculose in Form von tuberculösen Cysten verhältnissmässig selten vorkommt; Rilliet und Barthez beobachteten unter ihrem sehr grossen Sectionsmaterial nur 4 derartige Fälle und nach Angabe des Verf.'s ist, während des Zeitraumes von 5 Jahren, unter 147 im Krakauer Ludwig-Kinderspital behandelten Fällen allgemeiner Tuberculose nur der einzige folgende Fall zur Beobachtung gekommen. Er betraf einen 9 jährigen schlecht genährten Knaben, mit phthisischem Habitus, vergrösserten Lymphdrüsen, Temp. 38,2 ° C., bei welchem auf Grund nachweisbarer Infiltration der Lungenspitzen, leichter Hervorwölbung der linken Lendengegend, vergrösserter Dämpfungsdimension über der linken Niere, Schmerzhaftigkeit des l. Hypochon-

driums gegen tieferen Druck, empfindlicher Schmerzen in der Regio lumb. sin. bei Extensionsbewegungen des linken Beines, Vergrösserung der Samendrüsen und ausgesprochener Symptome von Cystitis die Diagnose „Nierenphthise“ (Rosenstein) gestellt wurde. Nach einigen Wochen starb Patient unter Erscheinungen tuberculöser Hirnhautentzündung.

Die Section ergab: Bedeutende Vergrösserung der linken Niere, deren Parenchym von einigen wallnussgrossen, theils mit einander, theils dem Nierenbecken communicirenden Cavernen durchsetzt ist. Die Wand dieser Höhlen ist liniendick und ebenso wie die des Nierenbeckens mit dicken Ablagerungen einer gelben käsigen Masse bedeckt. Der linke Ureter bedeutend erweitert, seine Wand verdickt, hart und in ihrer ganzen Länge von käsiger Tuberkelmasse durchsäet. Der untere Theil der Harnblase stellt ein grosses mit Eiter bedecktes Geschwür dar, in dessen Bereich nur hier und da röthliche Schleimhautpapillen erhalten sind. Die Harnröhre zeigt in ihrem vorderen Theile neben oberflächlichen Substanzverlusten der Schleimhaut ziemlich zahlreiche Tuberkel. Ausserdem käsige Entartung beider Samendrüsen, käsiger Zerfall des linken Nebenhodens. — Von den Krankheitssymptomen ist noch zu bemerken, dass sowohl die von Rosenstein als für Nierentuberculose charakteristisch angegebenen Hämaturien, als auch die fast von allen Beobachtern angeführte Dysurie gänzlich fehlten, im Gegentheil ebenso wie im Mohr'schen Falle ein ununterbrochener Harnfluss bestand. Das in ähnlichen Fällen von Rilliet und Barthez beobachtete Anasarca war nicht vorhanden.

Da die tuberculösen Veränderungen des Urogenitalapparates am stärksten in der Niere entwickelt waren und von hier bis zur Harnröhre stufenweise an Intensität abnahmen, da ferner die Infiltration der Lungenspitzen verhältnissmässig wenig ausgebreitet und vorgeschritten war, so sieht sich Verf. genöthigt, in diesem Falle im Einklang mit den älteren Anschauungen die Veränderungen in der l. Niere als primäre, ursprünglich chronisch entzündliche Processe mit consecutivem käsigem Zerfall des Nierenparenchyms und der Entzündungsproducte anzusehen. Die hereditäre Anlage zur Tuberculose habe nach Verf.'s Dafürhalten in den entzündlichen Processen der linken Niere ihren Reiz und ihr Substrat gefunden und die sich dort entwickelnde Tuberculose sei mit Harn, Blut oder Lymphe auf die einzelnen Theile des Urogenitalapparates und andere Organe übergegangen.

Smolenski (Ernsdorf in Schlesien).

---

10. **Du Cazal, Observation d'hémoglobinurie paroxystique à frigore.** Ein Fall von paroxysmaler Erkältungshämoglobinurie. (L'Un. méd. Nr. 13.)

Der Fall betrifft einen 29 jähr. Soldaten, der, abgesehen von einigen leichten Erkrankungen (Masern, Eczem etc.) stets gesund, nicht dem

Trunk ergeben, nicht syphilitisch inficirt gewesen war und nie an Intermittens gelitten hatte. Die Anfälle wurden Monate hindurch beobachtet und zeigten stets denselben typischen Verlauf. So lange der Kranke im Bette blieb, trat kein Anfall ein, dagegen sofort, so oft er sich kurze Zeit hindurch einer kälteren Temperatur aussetzte und zwar um so heftiger, je stärker die Kälte war. Eingeleitet wurde der Anfall durch einen Frostschauer mit allgemeiner Abgeschlagenheit, dem eine Erhöhung der Körperwärme, zuweilen bis 40° folgte. Während des Anfalls zeigte sich cyanotische Verfärbung der Extremitäten, besonders in der Umgebung der Gelenke; der Kranke klagte über schmerzhaften Druck im Epigastrium und zuweilen über Schmerzen in den Lenden. Der erste Urin wurde wie vor 1 Stunde nach Beginn des Anfalls entleert und zeigte dunkelschwarze Färbung; allmählig wurde der Urin heller und war 6—7 Stunden nach dem Anfall wieder normal. Oeftere Untersuchung des Urins ergab stets dasselbe Resultat; je nach der Färbung grössere oder geringere Mengen von Eiweiss und Blutfarbstoff, und zwar so, dass die Mengen beider immer correspondirten. Nie wurde ein normales oder verändertes rothes Blutkörperchen gefunden. Eine während des Anfalls entnommene Blutprobe zeigte verlangsamte Gerinnung und verminderte Neigung der rothen Körperchen zur Rollenbildung. Verf. ist der Ansicht, dass es sich bei der in Rede stehenden Erkrankung um eine rapide Zerstörung der rothen Blutkörperchen im Blute selbst, nicht in den Nieren handelt. Er beweist dies durch Wiederholung des zuerst von Kuessner angestellten Versuches, indem er während eines Anfalls eine Blutprobe entnahm; das Serum war durch aufgelösten Blutfarbstoff aus den zerstörten rothen Körperchen granatroth gefärbt. Die Ansicht, dass Intermittens dabei im Spiele sei, weist er als unbewiesen zurück.

Brockhaus (Godesberg).

---

11. **Kratter** (Graz), **Untersuchungen über die Abscheidung von Strychnin durch den Harn.** (Wiener med. Wochenschrift Nr. 8—10. 1882.)

Während alle Forscher bestätigen, dass die Alkaloide: Coniin, Nicotin, Veratrin, Atropin, Morphin durch den Harn rasch abgeschieden werden, ohne eine Zersetzung zu erleiden, sind die Angaben bezüglich des Strychnins nicht übereinstimmend.

Nach der Theorie von Masing und Dragendorff erfolge die Abscheidung des Strychnins nicht rasch wie etwa des Morphins, sondern langsam, indem sie erst nach Tagen beginne; die Leber sei dasjenige Organ, in welchem das Strychnin zurückgehalten werde, der Harn sei daher bei acuten Vergiftungen ausser Acht zu lassen. Im Gegensatz hiezu haben andere Forscher Strychnin bei acuten Vergiftungsfällen im Harne nachgewiesen, so Adam bereits 9 Minuten nach der Vergiftung.

Mit der Theorie von Masing-Dragendorff steht ebenfalls in Widerspruch eine Beobachtung von Kratter. Bei einem acuten Vergiftungsfalle wurde 1½ Stunden nach der Vergiftung in dem mit dem Katheter aus der Leiche entnommenen Urin Strychnin nachgewiesen.

Zur definitiven Lösung der Frage nach der Strichninabscheidung durch den Harn wurde von Kratter der experimentelle Weg eingeschlagen und zwar stellte Kr. seine Versuche an Menschen an, denen Strychnin in medizinaler Dosis einverleibt wurde. Kr. fand, dass bei einem mit Sehnervenatrophie behafteten Manne, dem 0,0075 Strychn. nitr. subcutan injicirt wurden, der Harn schon nach 1 Stunde Strychnin enthielt und dass der Urin 22 Stunden nach der Injection frei von Str. war. Kr. zieht daraus den Schluss, dass der frühzeitige Beginn der Ausscheidung des Strychnins für den Menschen Regel sei und dass die Ausscheidung innerhalb der ersten 24 Stunden vollendet werde.

Bei einer zweiten Versuchsreihe (an einem 16-jährigen an Sehnervenatrophie leidenden Mädchen) wurde festgestellt, dass die Zeit von beiläufig einer halben Stunde als der kürzeste Zeitraum betrachtet werden kann, in welchem bei Einverleibung medizinaler Dosen der Harn bereits Strychnin-haltig gefunden wird. Bei länger fortgesetzter täglicher Einverleibung von Strychnin (während einer Woche) dauerte die Ausscheidung länger, im Ganzen etwa 48 Stunden.

Verf. gelangt auf Grund seiner Untersuchung zu folgenden Schlusssätzen:

1. Bei jeder Art der Einverleibung wird das Gift sehr rasch resorbirt und in der Blutbahn vertheilt.
2. Es wird das Strychnin unzersetzt durch den Harn wieder ausgeschieden und beginnt diese Ausscheidung mit Sicherheit schon eine Stunde nach der Aufnahme.
3. Die Abscheidung ist auch in verhältnissmässig kurzer Zeit vollendet, höchst wahrscheinlich in längstens 48 Stunden.
4. Für die Annahme von Masing und Dragendorff, dass das Strychnin in der Leber zurückgehalten werde, findet sich kein Anhaltspunct.
5. Der Harn ist in allen acuten Vergiftungsfällen mit Strychnin eines der wichtigsten Untersuchungsobjecte.

Bezüglich der Methode des Nachweises des Strychnins im Urin muss auf das Original verwiesen werden.

Seifert (Würzburg).

---

12. **Dr. Albrecht** (Bern), **Ueber Einathmung reinen Sauerstoffs zur Anregung des Stoffwechsels bei Blutarmen und Reconvalescenten jugendlichen Alters.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVIII. Band. 1. Heft. 1882.)

Obgleich schon der Entdecker des Sauerstoffs, Priestley, den Versuch machte, den Sauerstoff in die Therapie einzuführen, scheiterte

doch dieser Versuch an der Schwierigkeit der Herstellung, an dem bedeutend hohen Preise und an der Bereitungsweise des Sauerstoffs aus Quecksilberoxyd, so dass die Patienten, welche auf solche Weise bereiteten Sauerstoff einathmeten, schon nach wenigen Tagen heftige Salivation bekamen. Seither sind nun viele Methoden zur Bereitung des Sauerstoffs angegeben worden. Der Apotheker Limousin, rue Blanche 2 in Paris, hat das Verdienst einen Apparat angegeben zu haben, welcher die Herstellung des Sauerstoffs jedem Arzt ermöglicht hat. Die Darstellung geschieht aus chlorsaurem Kali und Mangandioxyd. Dieselbe ist ungefährlich, billig und nimmt verhältnissmässig wenig Zeit in Anspruch. Der Apparat kostet 130 Frcs. Was die Sauerstoffmenge, die Zahl der Liter anbelangt, so richtet sie sich nach Alter, Geschlecht und Krankheitsform; sie beträgt 10—30 Liter pro die.

Verf. hat seit einem Jahre 50 Kranke, wovon der grösste Theil jugendliche Individuen waren, dieser Behandlungsweise unterworfen und damit gute Resultate erzielt. Ausnahmslos war bei den Patienten der Hämoglobingehalt der rothen Blutkörperchen vermehrt, die mikroskopische Blutuntersuchung ergab eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen, welche im geraden Verhältniss stand zur Menge des absorbirten Sauerstoffes. Das Allgemeinbefinden hob sich, der Appetit wurde rege, das Körpergewicht nahm entsprechend der vermehrten Nahrungsaufnahme zu, das Aussehen des Kranken wurde besser und die Unregelmässigkeiten der Stuhlentleerung machten geregelten Funktionen Platz. Nachtheile traten keine zu Tage; nur bei schwächlichen Kranken und auch bei kräftigen, welche mehr als 30 Liter einathmeten, stellten sich Erscheinungen einer leichten Betäubung ein, welche aber schnell vorübergingen. — Die Beschreibung des Apparates sowohl zur Darstellung des Sauerstoffes als zur Einathmung desselben sind im Original nachzulesen.

Kohts (Strassburg).

---

13. **Dr. Edgar Kurz** (Florenz), **Zur antiseptischen Wirkung der Carbolsäure bei Infectionskrankheiten.** (Memorab. Jahrg. XXVI. Heft 9.)

Angeregt durch die Beobachtungen von Rothe, welcher Carbolsäure an Typhuskranke verabfolgte, und dem es gelang, dadurch die Pulsfrequenz und Temperatur herabzusetzen, gastrische Erscheinungen rasch zu mildern, die Krankheitsdauer zu verkürzen, Recidive abzuhalten und bei Gaben unter 1 gr toxische Wirkungen zu vermeiden, versuchte Verf. bei 5 Fällen von Infectionskrankheiten, deren Geschichte näher im Original mitgetheilt ist, die Carbolbehandlung. Er gab Acid. carbol mit Tinct. jodi ana, gewöhnlich 1,0 pro die auf 100 Wasser, löffelweise zu gebrauchen. Die durch Ol. menth. im Geschmack corrigirte Lösung wurde stets gerne genommen.

Sowohl bei 2 ausgesprochenen Typhusfällen, sowie bei einer Malaria und bei 2 anderweitigen, auf Infection zurück zu führenden Allgemein-Erkrankungen, zeigte sich evident schon auf Dosen von 2 Esslöffel Lösung, also etwa 0,3 Carbol, unter sehr reichlichem Schweisse Abfall der Temperatur bis fast auf die Norm und Verminderung der Pulsfrequenz, bisweilen schon nach einer halben Stunde. Einmal trat ein rascher und bleibender Abfall der Temperatur u. s. w. ein und damit allgemeine Besserung, als in der 2. Woche eines Typhus aus Versehen die doppelte Dosis Carbol genommen und eine leichte Carbolintoxication eingetreten war. In dem Bericht von Küstner, welcher bei Wöchnerinnen nach Ausspülungen der Gebärmutter mit starken Carbollösungen bisweilen vollständige Convalescenz von septischen Erkrankungen eintreten sah, findet Verf. ein Analogon für diesen Fall und ist, gleichwie auch Küstner, geneigt anzunehmen, dass unter solchen Verhältnissen das Desinficiens der Carbolsäure in die Blutbahn gelange, hier die Krankheitserreger unschädlich mache und somit eine Hauptursache für das Fieber fortnähme.

Eine volle und characteristische Wirkung tritt nur dann ein, wenn schon im Beginne der Erkrankung energisch mit Carbol vorgegangen wird, dabei ist die innerliche Anwendung grösserer Carboldosen und ihr längerer Fortgebrauch ohne Gefahr möglich, was auch Rothe und neuerdings Pariser Aerzte bestätigen.

Bartold.

---

14. N. P. **Wassilieff** (St. Petersburg), **Ueber die Wirkung des Calomel auf Gährungsprocesse und das Leben von Microorganismen.** (Zeitschr. f. physiolog. Chemie VI. S. 112.)

Die Leistungen der ungeformten Fermente des Organismus werden durch Calomel nicht beeinflusst. Künstlicher Magensaft verdaut in gleicher Zeit dieselben Eiweissmengen, wenn ihm mehrere Gramme Calomel zugefügt sind, wie ohne den Zusatz. — Auch die drei Fermente des Pancreas werden durch Calomel in ihrer Leistung durchaus nicht beeinträchtigt. Die Fäulniss aber, welche in Pancreasinfusen so leicht auftritt, vermag das Calomel zu hemmen. — Bekanntlich führt die Pancreasverdauung zur Bildung reichlicher Mengen von Leucin und Tyrosin neben den Peptonen, während die Fäulniss ausser diesen Stoffen noch Indol, Scatol, Phenol und Hydroparammarsäure aus dem Eiweiss abspaltet. Die letztgenannten Stoffe sind nun nach einer Reihe von Tagen in den Verdauungsgemischen von Fibrin und Pancreasinfus stets nachweisbar; sie fehlen in dem mit Calomel versetzten Parallelpräparat. Auch die Untersuchung der auftretenden Gase zeigt die Abwesenheit der Fäulniss in den Calomelpräparaten. Dieselben bleiben geruchlos, sie verzehren geringe Mengen Sauerstoffs und bilden dafür Kohlensäure. In den sehr übelriechenden Controlpräparaten ohne Calomel sind Sauerstoffzehrung und Kohlensäurebildung viel beträchtlicher, es tritt Schwefelwasserstoff auf.

1 gr Calomel auf 110 cc Flüssigkeit hinderte die Buttersäuregährung absolut. Entsprechend lehrte die mikroskopische Untersuchung, dass Microorganismen, welche in den Controlproben reichlich auftraten, in mit Calomel versetzten Nährstofflösungen absolut fehlten.

Die grüne Farbe der Calomelstühle hatte schon Hoppe-Seyler auf die Gegenwart unzersetzter Galle in den Fäces zurückgeführt. W. fand dem entsprechend, dass mit Calomel versetzte Galle viele Tage lang ihre schöne grasgrüne Farbe bewahrte, während die Controlprobe schon am nächsten Tage braungelb war und die Gmelin'sche Gallenfarbstoffreaction nicht mehr gab.

Einige Versuche an Hunden ergaben, dass im Darmcanale des lebenden Thieres das Calomel ganz so wirkt wie in künstlichen Verdauungsgemischen; auch hier fehlen nach seiner Darreichung die Fäulnissproducte Indol und Phenol, während Leucin und Tyrosin, die sonst zersetzt werden, reichlicher auftreten.

Resumé: Die wohlthätige Wirkung, welche das Calomel bei verschiedenen Störungen im Bereiche der Magendarmfunctionen entfaltet, ist u. A. darauf zurückzuführen, dass sich dieses Mittel aseptisch und antiseptisch in Bezug auf die Darmcontenta verhält.

Zuntz.

---

15. **F. Kraus, Ueber die Bestimmung der Magnesia im Harn durch Titration.** (Zeitschrift f. physiologische Chemie V. S. 422.)

Die Cochenilletinctur wird durch saure Phosphate ebenso wie durch freie Säuren rothgelb, durch neutrale oder basische Phosphate dagegen auch bei gleichzeitiger Gegenwart von sauren Phosphaten rothviolett gefärbt. Die auf dieser Farbenreaktion beruhende Stolba'sche Titrirmethode gibt nach K. auch beim Harne sehr befriedigende Resultate, wenn sie in folgender Weise ausgeführt wird. — Etwa 250 ccm des filtrirten Harns werden mit oxalsaurem Ammonium und Ammoniak ausgefällt, der Niederschlag auf einem Filter mit ammoniakhaltigem Wasser, dann bis zur Entfernung des freien NH_3 mit verdünntem Alkohol gewaschen. Das Filter mit dem Niederschlage wird dann in wenig heisses Wasser gebracht, Cochemilletinctur, dann überschüssige $^1/_{10}$ Normalsäure zugesetzt und mit Normalalkali zurücktitrirt, bis die rothgelbe Farbe wieder in rothviolett umschlägt. — Die Resultate harmoniren befriedigend mit den zur Controle ausgeführten gewichtsanalytischen Bestimmungen.

Zuntz.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Der dritte Jahrgang
umfasst 39 Bogen incl.
Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg.
13 M. 50 Pf., zu beziehen
durch alle Buchhandl.
und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 14. April. Nro. 2.

16. **Rendu, Intoxication par la vapeur de charbon.** Vergiftung durch Kohlendunst. (L'Union méd. Nr. 33 u. 34.)

Der Fall betrifft eine bis dahin ganz gesunde, kräftige Frau von 31 Jahren. Die Vergiftung fand am Nachmittage des 19. September 1881 Statt, und wurde die Frau von ihrem gegen Mitternacht nach Hause zurückkehrenden Manne in tiefem Coma liegend aufgefunden. Am nächsten Morgen kam das Bewusstsein wieder und es zeigte sich jetzt eine rechtsseitige Facialisparalyse sowie motorische und sensible Lähmung des Unterarms, der Hand, des Unterschenkels und Fusses der rechten Seite. Nach einer sechswöchentlichen erfolglosen Behandlung mit Einreibungen, Bädern und Electricität wurde die Kranke ins Hospital aufgenommen. Status praes. am 15. November: Bei vollständiger Ruhe ist die rechtsseitige Facialislähmung kaum zu bemerken,

manifestirt sich aber sofort beim Lachen, Sprechen, Pfeifen etc. Am mittleren Drittel des rechten Oberarms findet sich eine spontan und gegen Druck schmerzhafte, feste, wenig bewegliche mit der Haut verwachsene Geschwulst. Die Motilität und Sensibilität des rechten Oberarms vollständig intact, die Extensoren der Hand und Finger, die Interossei, der Supinator brev. total gelähmt, die übrigen Muskeln des Unterarms leicht paretisch. Die electrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln durch den Inductionsstrom ist ganz aufgehoben. Der rechte Oberschenkel vollkommen intact; die Extensoren des rechten Fusses und der Zehen gelähmt und electrisch nicht mehr reizbar, die übrigen Muskeln des Unterschenkels in ihrer Function geschwächt.

Die Sensibilität ist auf der gelähmten Gesichtsseite ganz normal, an der rechten Hand ist die Empfindlichkeit gegen Druck, Schmerzen und Temperaturunterschiede stark herabgesetzt, am unteren Drittel des rechten Unterschenkels und am Fusse vollständig aufgehoben. Die Reflexerregbarkeit ist an den afficirten Parthieen vermindert, das Kniephänomen rechts stärker als normal. Die Haut an den gelähmten Fingern und Zehen glatt, die Hautfalten verschwunden; die Nägel nach vorn gekrümmt und streifig. Die Haut der gelähmten Hand ist immer feucht, zuweilen mit Schweiss bedeckt, die Temperatur je nach der der umgebenden Luft bald niedrig, bald hoch. An der Volarfläche der linken Handwurzel befindet sich ein kleiner schmerzhafter Knoten; die Dorsalfläche des kleinen Fingers und der innere Rand des Ringfingers sind anästhetisch. Die Behandlung bestand in Faradisation der gelähmten Parthieen und Schwefelbädern. Nach etwa 8 Wochen war die Facialisparese vollständig verschwunden, ebenso die schmerzhaften Knoten. Die Sensibilität der Haut ist an der Hand vollständig normal, die Extensoren des Daumens und Zeigefingers, die Interossei gehorchen wieder dem Willensimpuls, der Ext. digit. com. ist electrisch erregbar. Der Gang ist sicherer. Die Anästhesie ist am Fusse auf die Dorsalgegend beschränkt; die Kranke fühlt wieder den Boden. Dagegen sind die Streckmuskeln des Fusses noch immer gelähmt und reagiren nicht auf den Inductionsstrom. Der Umfang der rechten Wade ist um 3 cm geringer als der der linken. Das Kniephänomen ist auf beiden Seiten gleich stark. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die in der Litteratur verzeichneten Beobachtungen von Kohlendunstvergiftung; besonders einige der von Laroche veröffentlichten bieten vielfache Analogieen mit dem seinigen. Bei der Erörterung der Frage nach dem Wesen der Erkrankung, ob central oder peripher, entscheidet er sich für Letzteres, 1) wegen der Localisation der Lähmungen auf bestimmte, von bestimmten Nerven versorgte Muskelgruppen, 2) wegen der Beschränkung der Anästhesie auf die gelähmten Partieen, 3) wegen der trophischen Störungen, 4) wegen des Auftretens der schmerzhaften Knoten, die schon von Remak bei neuritischen Processen beobachtet sind. Er plädirt für excephalen Ursprung der Entzündung, für Neuritis descendens, weil bei den Kohlenoxydvergiftungen den Lähmungserscheinungen stets schwere Störungen der Gehirnthätigkeit vorhergehen.

Brockhaus (Godesberg).

---

17. **Goldhaber, Beobachtungen aus der Privatpraxis.** (Przeglad lekarski, 1881. Nr. 47. polnisch.)

Verf. beobachtete im Herbst 1880 in mehreren Ortschaften eine eigenthümliche Epidemie. Die Krankheit begann mit heftigem, mehrere Stunden anhaltendem Frostanfall mit darauffolgendem starken Fieber (40.0), Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, grosser Unruhe, zuweilen auch Delirien. Oft zeigten sich allgemeine Giederschmerzen, heftiger Durst. Der Schweiss war profus, der spärliche Harn enthielt häufig Eiweiss. Gleichzeitig trat starker Catarrh aller Schleimhäute auf; Conjunctivae injicirt, Mundschleimhaut geröthet, Tonsillen stark geschwollen, oft mit grauweissem Exsudat belegt. Schlingbeschwerden, Stimme verändert, heftige Schmerzen des Rachens, häufiges Niesen, Husten mit spärlichem schleimigem Auswurf. Ueber den Lungen trockene Rasselgeräusche. Die Submaxillardrüsen geschwollen, schmerzhaft. Solcher Zustand dauerte höchstens 48 Stunden, worauf das Allgemeinbefinden sich besserte und nur die Symptome seitens des Rachens noch etliche 48 Stunden andauerten. Die ganze Krankheit dauerte fast nie über 5 Tage. Dabei niemals ein Hautexanthem. Bei Kindern war der Verlauf schwieriger; hier traten zugleich mit dem Exsudat auf den Mandeln alle Zeichen des Croup auf, dem die Kinder ziemlich oft erlagen. Bei vielen verliefen auch diese Symptome rasch, die Tonsillen reinigten sich und die Patienten genasen schnell. Die Krankheit erwies sich stark ansteckend, so dass gewöhnlich alle Bewohner desselben Hauses reihenweise erkrankten. Verf. beobachtete im Dorfe „Korzenna" (Galizien) mit 750 Einwohnern 84 (10.97 %) derartige Fälle und classifizirte sie in den amtlichen Berichten als „epidemische Angina mit croupösem Exsudat". Erst nach 5 Monaten bekam er in einigen Fällen Scharlachexanthem und Desquamation zu Gesicht. — Unter obigen 82 Fällen starben 16 = 19.5 Procent der Erkrankten und 2.13 % der Einwohnerzahl. Die meisten Kranken waren im Alter von 5—12 Jahren, nie unter einem Jahr, der Rest (32 %) zeigte ein Alter von 15—60 Jahren. Alle Verstorbenen gehörten dem Kindesalter an; die Todesursache bildete 3 mal Uraemie, 13 mal Croup. Unter den Scharlachkranken (29) starben 3. Die ganze Epidemie dauerte vom 22. XI. 1880 bis 10. IX. 1881. 18 ähnliche Erkrankungsfälle sah Verf. gleichzeitig in der nahen Stadt Ciezkowice.

Die Epidemie entspricht vollkommen der sog. Grippe (Influenza) mit der Ausnahme, dass bei der letzteren keiner von den Autoren weder von Albuminurie noch von croupösem Exsudat oder Croup erwähnt. Da es nun bekannt ist, dass bei leichteren Scharlachepidemien das Exanthem und die Hautdesquamation fehlt, dagegen Schwellung der Halsdrüsen, Diphtherie und Croup auftreten, da ferner in obiger Epidemie vom 5. Monate ab sowohl Hautdesquamation als Nierenentzündungen beobachtet wurden, so glaubt Verf. schliessen zu können, „dass die ganze Epidemie nichts Anderes war, als leichte Scarlatina sine exanthemate, die unter dem Bilde der Influenza verlief". — „Wenn wir uns ferner daran erinnern, dass noch in diesem Jahrhundert Masern und Scharlach für eine und dieselbe Krankheit gehalten wurden, dass die Harnanalyse verhältnissmässig nicht lange am Krankenbette geübt

wird und dass wir erst in der letzten Zeit die Scarlatina sine exanthemate kennen gelernt haben, so glaube ich zum folgenden Ausspruch berechtigt zu sein: Influenza existirt nicht als selbstständige Krankheit, sondern bildet nur die Benennung für gutartige Scarlatina; alle als Influenza beschriebenen Epidemien waren nichts Anderes als Scharlach." Damit würde nach Verf. der Umstand in Einklang stehen, dass im 17. und 18. Jahrhundert die Influenzamortalität angeblich sehr gross war, während sie in der neusten Zeit fast auf Null gesunken ist; früher hat man wahrscheinlich auch ausgesprochenen Scharlach für Influenza genommen, während heute mit diesem Namen nur die leichten Fälle sine exanthemate et desquamatione belegt werden.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

18. **Bókai jun.** (Pest), **Ein Fall von Meningitis basilaris non tuberculosa.** (Jahrb. f. Kinderheilkunde XVIII. Bd. 1. Heft.)

6jähriges Mädchen am 6. April 1881 aufgenommen, klagt über Kopfschmerzen und zittert am ganzen Körper vor Kälte. Anamnese fehlt vollständig. Temp. 39.8, Puls 100 regelmässig. Sensorium frei, heftiger Kopfschmerz besonders bei Lagewechsel, Pupillen gleichmässig verengert, reagiren gut. Nackenstarre, Milztumor, Obstipation. Kein Lungenbefund, keine Drüsenschwellungen. Am 11. April Strabismus conv. bei engen Pupillen, links Facialisparese. Puls regelmässig. Sensorium frei, 4 Tage später erweiterte Pupillen, jeden Morgen Erbrechen, eingezogenes Abdomen. Unregelmässiger verlangsamter Puls. Erbrechen unstillbar, wiederholt sich täglich, Strabismus unverändert bei erweiterten Pupillen, Puls wieder regelmässig. Am 4. Mai grosse Unruhe, häufiger Cri hydrocéphalique, Apathie. Erbrechen mehrmals täglich. Von da an Stadien anscheinend kurzer Besserung. Vom 26. Mai Bewusstsein vollständig erloschen, extreme Abmagerung, kahnförmiges Epigastrium, Milztumor noch immer vorhanden. Zuletzt Schlingbeschwerden und Tod am 30. Mai. Der ganze Verlauf 54 Tage. Das Fieber ganz unregelmässig; zuerst continuirlich hoch, dann intermittirend und mit zeitweise normaler Temperatur abwechselnd. Dann wieder sehr hohe Contuina, die letzten beiden Tage normal, zuletzt plötzliche Steigerung auf 40,3 und Tod. Die Autopsie zeigte eine Meningitis basilaris mit hochgradigem internen Hydrocephalus und Erweichung um die Ventrikel. Pia convex. frei. Nirgends Tuberkel. Zuerst dachte man an eine tuberkulöse Meningitis, welche Diagnose aber durch den äusserst schleppenden Verlauf, durch das späte Auftreten des Sopor, das Ausbleiben der Convulsionen immer zweifelhafter wurde. Am meisten in den Vordergrund treten der hartnäckige Kopf-

schmerz, das unstillbare Erbrechen, dann das 2 Wochen hindurch sich täglich wiederholende Auftreten des Cri hydrocéphalique. Pulsarythmie bestand nur an einem Tage der zweiten Woche.

Kohts (Strassburg).

---

19. Herz (Wien), Ein Fall von Meningitis basilaris mit Ausgang in Genesung. (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. III, Heft 5 u. 6.)

Verfasser theilt die Krankengeschichte eines 3jährigen Pat. mit, welcher die sämmtlichen Symptome einer Basilarmeningitis, Kopfschmerz, Somnolenz, Nackenstarre, unregelmässigen und verlangsamten Puls, eingezogenes Epigastrium, Strabismus, charakteristischen Augenspiegelbefund, Papillitis, Fieber darbot und nach etwa 40tägigem Verlaufe zur Heilung kam. Der Fall, welcher als Meningitis basilaris non tuberculosa bezeichnet werden muss, da weder die Anamnese noch der Befund an den Lungen für Tuberkel spricht, zeigt gewisse Eigenthümlichkeiten gegenüber der typisch verlaufenden Meningitis tuberculosa. Das Stadium der Prodromalerscheinungen fehlte vollständig. Erbrechen trat niemals auf, sondern nur Brechneigung; ebenso fehlte die vollständige Benommenheit des Sensoriums und das ganze convulsivische Stadium. Die Retardation und Unregelmässigkeit des Pulses trat schon am zweiten Tage auf und hielt fast durch den ganzen Verlauf an.

Kohts (Strassburg).

---

20. Prof. Nothnagel (Jena), Zwei Fälle von Gehirntumoren. (Wiener med. Blätter 1882, Nr. 1 u. 2.)

Im 1. Falle handelt es sich um eine 22jährige Frau, deren Leiden mit heftigem Schwindel begann; alsbald trat Uebelkeit und Erbrechen hinzu und gelegentlich machte sich Zittern am ganzen Körper namentlich während der Bettruhe bemerklich. Allmählich entwickelten sich Kopfschmerz, Ohrensausen, Abnahme des Sehvermögens und das Gefühl der Schwere, sowie Kribeln und Ameisenlaufen in den Extremitäten. Während des Aufenthaltes auf der Klinik trat fast allmorgentlich Erbrechen auf bei sehr gutem Appetit; der Gang ist schwankend; an den Extremitäten weder Lähmung noch Ataxie. Leichte Parese des linken Mundfacialis, rechtsseitige reflectorische Pupillenstarre, beiderseitige partielle Oculomotoriuslähmung. Reflexe normal, Sensibilität ungestört, Stauungspapille. Später traten länger dauernde Phosphene abwechselnd in beiden Augen auf. Die Erscheinungen nehmen allmählich zu; nach Verlauf von 3 Monaten ist vollständige Blindheit vorhanden; als neue Symptome zeigen sich Nystagmus, Betheiligung der übrigen

Facialiszweige der linken Seite, Abstumpfung der Sensibilität am linken Arm. Bei der Section findet sich der 4. Ventrikel von einem lockern, leicht verfärbten Blutgerinnsel erfüllt; die Vierhügel in ganzer Ausdehnung, der Pons in seinem rückwärts gelegenen dorsalen Abschnitt und die Corpora restiformia in ganzer Ausdehnung des 4. Ventrikels von einer röthlich grauen, stellenweise fast gallertig weichen hämorrhagischen Neubildung (die sich mikroscopisch als Gliom erweist), substituirt. — Im übrigen Gehirn keine Veränderung.

Die Ataxie neben der gleichzeitig vorhandenen doppelseitigen Oculomotorius- und Abducenslähmung bestimmten N. schon während des Lebens eine Geschwulst in den Vierhügeln zu diagnosticiren. Da es auf Grund mehrerer Beobachtungen, namentlich von Leyden und Kahler feststeht, dass Läsion des dorsalen Ponsabschnittes Ataxie verursachen kann, so erscheint die Annahme berechtigt, dass auch im vorliegenden Falle diese die Veranlassung der Gleichgewichtsstörung sei. Naheliegend erscheint es ferner, die Betheiligung der sämmtlichen hier ergriffenen Augenmuskeln von einem gemeinschaftlichen Herd abzuleiten und mit Rücksicht auf bekannte physiologische Versuche (Adamuek) ist derselbe in den Vierhügeln zu suchen. Das Verhalten der Facialislähmung, die Betheiligung der Stirnzweige und Verminderung der faradischen Erregbarkeit ist, da an der Basis beide Facialis unversehrt waren, zweifellos Folge einer Läsion des Facialis durch die Geschwulst in seinen Ursprüngen oder nach seiner Kreuzung im Pons.

Der 2. Fall betraf einen 40jährigen Mann, dessen Krankheit 9 Wochen vor Spitaleintritt mit Schwindel und Kopfschmerzen begann. Es fand sich leichte Parese des linken Mundfacialis, sonst nirgends Lähmung. Der Gang ist unsicher, schwankend, zuweilen besteht Neigung nach rückwärts zu fallen oder zu gehen. Sensibilität ungestört. Mässiger Grad von Stauungspapille. Im Verlauf der Beobachtung zeigt Pat. zunehmende geistige Stumpfheit, einige Zeit treten allgemeine Convulsionen auf; das Sehvermögen erlischt vollständig; es tritt Parese der rechten obern und untern Extremität auf. Nach einiger Zeit entwickelt sich Paralyse des N. abducens dexter. — Section: Der linke Frontallappen in ganzer Ausdehnung substituirt von einer hortensiafarbigen theils festen theils zerfliessend weichen Neubildung, welche die Decke des l. Seitenventrikels erreicht. Der rechte Abducens erscheint deutlich abgeplattet durch die in Folge intracraniellen Drucks stark vorgewölbte basale Fläche der rechten Hemisphäre. Im übrigen Gehirn nur die Erscheinungen gesteigerten intracraniellen Drucks.

Die im vorliegenden Falle beobachteten Herdsymptome veranlassten Verf., die Diagnose auf einen Tumor in der hintern Schädelgrube, „vermuthlich im Cerebellum mit Druckwirkung auf die darunter gelegenen Parthien“ zu stellen. Der Fall lehrt von Neuem auf das Eindringlichste, mit der Localisationsdiagnose bei Tumoren ausserordentlich vorsichtig zu sein, „weil die polypenartigen Ausbreitungen desselben gar nicht zu berechnen sind.“ E. Schuetz (Prag).

21. **Grocco, Studii clinici sull' atetosi.** Klinische Studien über die Athetose. (Ann. univ. di medic. e chir. 1882. Heft. 1.)

G. bespricht zunächst die bisher veröffentlichten Arbeiten über Athetose. Die Autoren unterscheiden zwischen der seltenen primären und der zu anderen Erkrankungen, besonders des Gehirns, hinzutretenden secundären Form, ferner zwischen einseitiger und doppelseitiger Athetose, wozu G. noch als dritte Form die Monoathetose, bei der nur ein Glied einer Seite erkrankt ist, hinzufügt, endlich zwischen temporärer und dauernder Athetose. Symptomatologisch ist das Hauptgewicht auf die continuirlichen, langsamen, unwillkürlichen Flexions- und Extensionsbewegungen der Finger und Zehen zu legen. Bei den Fingern überwiegt meist die Extension, bei der grossen Zehe ebenfalls, bei den 4 anderen Zehen die Flexion. Gleichzeitig treten zuweilen Ab- und Adductionsbewegungen ein. Meist sistiren die Erscheinungen der Athetose während des Schlafs vollständig. Nicht selten werden sie complicirt durch intermittirende Krämpfe und Contracturen der Muskeln des Unter- und Oberarms, der Schulter, des Unter- und Oberschenkels, sowie der vom Facialis versorgten Muskeln. Oft auch wird das reine Bild der Athetose getrübt durch Complication mit den Erscheinungen der Ataxie, der Paralysis agitans sowie der Chorea. Die pathologisch-anatomischen Befunde bei Athetose sind spärlich und wenig übereinstimmend, so dass die Ansichten der Autoren über die Pathogenese des Leidens sehr divergiren. Hammond verlegt den Sitz des Leidens in das Corpus striatum, Eulenburg in die in der Rindenschicht des Gehirns gelegenen motorischen Centren, Charcot in die Gegend zwischen Thalamus opticus und Linsenkern, Rosenbach in die Hinterstränge des Rückenmarks etc. etc. Die Prognose ist nach dem allgemeinen Urtheil eine schlechte, obwohl Athetose an sich wohl nicht zum Tode führt. Bei der primären Form kann, wie ein von Gnauck mit dem constanten Strom und Bromkali behandelter Fall zeigt, Heilung eintreten. Verf. bespricht sodann fünf von ihm beobachtete Fälle von Athetose, über welche das Nähere im Original nachzusehen ist und kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. In sämmtlichen 5 Fällen trat die Athetose im Verlaufe einer Krankheit von zweifellos cerebralem und zwar meist haemorrhagischem Charakter ein und entwickelte sich auf dem Boden einer mehr oder weniger scharf ausgeprägten Hemiplegie.

2. Dem klassischen Bild der Athetose entsprach kein einziger vollständig, wie dies auch bei der Mehrzahl der in der Litteratur verzeichneten Beobachtungen dieses Leidens der Fall ist.

3. Die Athetose war in verschiedener Weise complicirt und combinirt mit anderen posthemiplegischen Symptomen, Contracturen, intermittirenden Krämpfen, Hemichorea, Atrophie der Muskeln etc. In den einzelnen Fällen war die Schwere der Erscheinungen und ihr Verhalten während des Schlafes gegen den Willensimpuls bei willkührlichen Bewegungen etc. sehr verschieden. Der erste Beginn des Leidens, gewissermassen eine Abortivform konnte zuweilen in ganz langsamen, unwillkürlichen, wenig ausgedehnten Bewegungen beobachtet werden.

4. Die Athetose zeigt die ihr eigenthümlichen Bewegungen fast

immer an den Fingern und Zehen, man findet sie aber auch an andern Punkten, so in einem Fall am Oberarm und der Schulter.

5. Die bei Athetose zuweilen beobachteten intermittirenden Muskelkrämpfe können auch in den Muskeln des Rumpfes auftreten.

6. Die Athetose kann verschwinden und wieder erscheinen, und kann, wie ein Fall zeigt, transitorisch in dem Symptomencomplex der acuten Exacerbation eines chronischen Gehirnleidens eintreten.

Brockhaus (Godesberg).

---

22. **Dr. Th. Rumpf** (Düsseldorf), **Ein Beitrag zur Tabes-Syphilisfrage.** (Berlin. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 36.)

23. **Dr. Voigt** (Rehme-Oeynhausen), **Syphilis und Tabes dorsalis.** (Berlin. klin. Wochenschr. 1881, Nr. 39 u. 40.)

Beide Autoren behandeln die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis, Rumpf, indem er einen durch antiluetische Behandlung geheilten Fall von Tabes beschreibt, Voigt durch Mittheilung ätiologischer und symptomatischer Daten, die er an einer grösseren Zahl von Tabeskranken erhoben hat.

In R.'s Fall handelt es sich um einen 53 jähr. Lokomotivführer, der vor 15 Jahren einen Schanker mit Sekundärerscheinungen acquirirt und 2 mal mit Erfolg eine Quecksilberkur durchgemacht hatte. Als nunmehr Anfangssymptome der. Tabes auftraten, wurde von Neuem eine Schmierkur (25 Einreibungen à 3 gr) unternommen. Nach vorübergehender Besserung trat jedoch trotz nachfolgendem Jodkaligebrauch eine auffallende Verschlimmerung ein. Als Rumpf den Pat. zuerst sah, bestand ausgebildete Tabes: lancinirende Schmerzen, Gürtelgefühl, Ataxie, erloschene Sehnenreflexe, reflektorische Pupillenstarre; das Muskelgefühl war aber erhalten, die Haut hyperästhetisch. Die Schmierkur wurde wieder aufgenommen. Nach weiteren 60 Einreibungen (im Ganzen 86) mit kurzen nothwendigen Unterbrechungen, war (ca. 8 Monate nach Beginn der Erkrankung) von der früheren schweren Affektion nichts mehr nachzuweisen; selbst die Sehnen- und Pupillar-Reflexe waren wiedergekehrt.

Unter 43 tabischen Männern, die Voigt beobachtete, waren 29 bestimmt syphilitisch gewesen, also 67 % (bei den übrigen war Lues nur zum Theil mit Bestimmtheit auszuschliessen). Mit einer einzigen Ausnahme wollen Alle nach Beginn der Tabes von syphilitischen Symptomen frei geblieben sein. Nur in 5 Fällen der (23) verheiratheten Tabiker sind Abortus oder schwächliche Kinder verzeichnet, während die übrigen angeblich gesunde Kinder hatten. Nach Abrechnung von 5 Fällen mit neuropatischer Belastung und von zweien, in denen Anstrengung, resp. nasskalter Fussboden als Ursache angeführt wurden, bleiben immer noch 22 (= 51 %), in denen nur Syphilis als ätiologisches Moment vorhanden war. In keinem der sämmtlichen 43

Fälle lagen Erkältungen und sexuelle Excesse zu Grunde. Bezüglich der letzteren hat Verf. mehrfach beobachtet, dass sie nicht zu Tabes, sondern zu hochgradiger Neurasthenia cerebrospinalis führten; es sei auch auffallend, dass Tabes gerade in dem Lebensalter am seltensten auftrete, in welchem die meisten derartigen Excesse begangen würden. Da auch andere als die erwähnten Momente nicht herbeigezogen werden konnten, so blieben 21% ohne genauere Ursache. — Das prädisponirte Alter fand V. zwischen 30—50 sowohl für syphilitische als für nicht syphilitische Kranke. Der Zeitraum zwischen der Infektion und dem Beginn der Tabes schwankte von 2 bis 25 Jahre, und betrug in der Mehrzahl der Fälle 6—15 Jahre.

In dem symptomatologischen Theil seiner Arbeit führt V. zunächst in einer Tabelle die Initial-Symptome der Tabes nach ihrer Häufigkeit bei seinen syphilitischen und nichtsyphilitischen Kranken vergleichend auf; dann werden alle einzelnen Symptome der ausgebildeten Tabes in Bezug auf ihre Häufigkeit im Allgemeinen und insbesondere mit Rücksicht auf luetische oder nicht luetische Basis der Krankheit besprochen und in einer weiteren Tabelle zusammengestellt. Bei Gelegenheit der sensiblen Störungen lässt der Verf. Angaben über die von ihm angewandten Untersuchungsmethoden einfliessen.

Unter der Prämisse, dass es erlaubt sei „aus einer so kleinen Anzahl von Fällen allgemeingültige Schlüsse zu ziehen“, gelangt V. dann zu folgenden Sätzen: „Die Syphilis spielt eine wichtige Rolle in der Aetiologie der Tabes“. (67 %, Erb 88 %.) „Aus den Symptomen lässt sich ein wesentlicher Unterschied zwischen Tabikern mit und ohne vorausgegangene Syphilis nicht finden.“ Würde es auch bei grösserem Beobachtungsmaterial nicht gelingen, solche Unterschiede zu finden, „so dürfte ein spezifisch krankmachender Einfluss der Syphilis auf die Hinterstränge etc. des Rückenmarks auszuschliessen sein. Vielmehr müsste man annehmen, dass die Syphilis entweder nach Analogie anderer gleichwirkender Schädlichkeiten Tabes erzeugt, oder dass sie durch Ernährungsstörungen, sei es des Gesammtorganismus, sei es des Centralnervensystems, gewisse Theile desselben weniger widerstandsfähig macht gegen die Einwirkung solcher Nerven, die an und für sich zur Hervorbringung der Tabes geeignet sind.“

Aus der unzweifelhaften Thatsache, dass Tabes oft im Verlaufe von Syphilis auftritt, folgt in therapeutischer Hinsicht die Mahnung, der letzteren Krankheit eine sorgfältige fortgesetzte Beobachtung, nöthigenfalls intensive, wiederholte Schmierkuren angedeihen zu lassen, um so mehr als die antisyphilitische Behandlung selten nachhaltige Erfolge erzielt, wenn die Tabes erst ausgebrochen ist. Wenigstens sprechen dafür Voigt's eigene Erfahrungen (cf. dagegen Rumpf's Fall). Im Uebrigen behandelte V. seine Kranken mit Thermalsoolbädern (24—22° R.), kalten Abwaschungen und mit dem konstanten Strom. Unter dieser Behandlung wurden 21 Syphilitische, 11 Nichtsyphilitische gebessert, das Befinden der übrigen 11 nicht verschlechtert. In 2 Tabellen, von welchen die eine die Tabischen mit, die andere diejenigen ohne voraufgegangene Syphilis enthält, werden die gebesserten Symptome einzeln aufgezählt. Es ist daraus ersichtlich, dass bei beiden Kategorien die gleiche Behandlung annähernd gleiche Re-

sultate erzielte, was wiederum gegen einen spezifischen Einfluss der Lues auf die Hinterstränge etc. des RM. spricht. Uebrigens will V., wie Juillard, die Möglichkeit nicht in Abrede stellen, dass durch syphilitische Prozesse ein der typischen Tabes ähnliches Krankheitsbild (Ataxie) hervorgerufen werden könne. In solchen Fällen läge die anatomische Ursache aber entweder gar nicht im RM. oder doch nicht in den Hintersträngen.

Stintzing (München).

---

24. **Dr. O. Langendorff** (Königsberg), **Ueber Tetanisirung von Nerven durch rhythmische Dehnung.** (Centralb. f. d. medicin. Wissensch. 1882. Nr. 7.)

Bei Gelegenheit von Versuchen über die physiologische Wirkung der Nervendehnung versuchte L. durch rhythmisches Dehnen und Wiederloslassen den Nerven rhythmisch zu reizen. Es gelang, durch Anschlagen einer Stimmgabel, an deren einen Zinke ein kurzer Faden befestigt war, der andererseits zum Nerven führte, einen kräftigen und lang dauernden Tetanus herbeizuführen. Das Anschlagen der Stimmgabel darf nur in der Richtung zum Nerven und bei gelockertem Faden geschehen. Gewöhnlich diente zu den Versuchen der ganze, gemeinsam unterbundene Plexus ischiadicus grosser Frösche. Die mittelst des Marey'schen Myographe à transmission graphisch aufgenommene Tetanuskurve der Achillessehne unterscheidet sich von der durch elektrische Tetanisirung gewonnenen nur durch eine zarte Zähnelung, die jedoch mit der Diskontinuität des Tetanus nichts zu thun hat, sondern als die durch Faden, Nerven, Muskel etc. fortgeleiteten Schwingungen der Stimmgabel aufzufassen ist, wie Versuche am todten Thier beweisen.

Durch dasselbe Tetanisirungsverfahren hat L. vom centralen Vagusstumpf aus exspiratorischen Athmungsstillstand von mehreren Sekunden, vom peripheren Vagusstumpf aus Verlangsamung, und sogar vorübergehende Sistirung der Herzaction herbeigeführt.

Stintzing (München).

---

25. **Dr. Martin Bernhardt** (Berlin), **Weiterer Beitrag zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des N. facialis bis tic convulsif.** (Deutsche Med. Wochenschr. 1882. Nr. 9.)

Als Fortsetzung zu einer früheren Arbeit über die Pathologie und Therapie des Facialiskrampfes (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. III., H. 1. Ref. in dies. Centralbl. 1881. S. 215) berichtet B. über einen weiteren Fall von tic convulsif, bei welchem die Nervendehnung mit Erfolg aus-

geführt wurde: Linksseitiger Facialiskrampf bei einer Frau in Folge von Ueberanstrengung des l. Auges. Electrische Behandlung durch 2 Jahre, sowie Badekuren ohne Erfolg. Nach ca. 3½ Jahren Dehnung des l. Facialis (Dr. Hahn). Totale Lähmung des ganzen l. Facialisgebietes (mit Ausnahme des R. auricul. post.). Faradische Erregbarbeit der Nerven und Muskeln erloschen. Uebererregbarkeit der Muskeln für den galvan. Strom, die allmählich in herabgesetzte übergeht, während auch die faradische Erregbarkeit in Nerv und Muskel langsam wiederkehrt. Die spontanen Zuckungen, die nach der Operation verschwanden, sind nach ½ Jahr nicht wieder aufgetreten. An Stelle der Lähmung hatte sich allmählich wieder gute aktive Beweglichkeit eingestellt.

In 10 aus der Litteratur zusammengestellten Fällen (Baum, Schüssler, Eulenburg, Putnam, Sturges-Godlar, Southam, v. Hoffmann und 3 eigenen Fällen) hatte die Nervendehnung fast ausnahmslos eine mehr weniger lang anhaltende Lähmung, bisweilen auch Kontrakturen im Gefolge. In 4 Fällen kehrten die Zuckungen in einer Beobachtungszeit von 1½, 3, 6 (obiger Fall) und 9 Monaten gar nicht wieder, in 3 Fällen wurden sie wesentlich gebessert (Beobachtungsdauer 2 Mon., ½ und 2 Jahre; in 2 andern Fällen beobachtete Verf. einmal nur sehr mässige Besserung, das andere Mal Rückkehr der unwillkührlichen Bewegungen.

B. glaubt, dass die neueren Erfahrungen, insbesondere der obige Fall geeignet seien, den Werth der Nervendehnung bei Facialiskrampf in günstiger Weise zu modificiren, wenn auch ein Endurtheil über den Erfolg derselben erst nach weiteren Beobachtungen abgegeben werden könne. Woher es kommt, dass bei scheinbar identischen Fällen das eine Mal die früheren Zuckungen aufhören, das andere Mal mit der wiederkehrenden Motilität sich von Neuem einstellen, lässt sich zur Zeit nicht sicher entscheiden.

Stintzing (München).

---

26. **Dr. Adolf Strümpell** (Leipzig), **Notiz über vier Fälle von Nervendehnung bei Rückenmarkskranken.** (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 4.)

In 2 Fällen von typischer Tabes dorsalis wurden beide Ischiadici gedehnt. In dem einen Falle Besserung der Schmerzen, im anderen Besserung des Gefühles in den Fusssohlen — beide Erfolge jedoch nur von kurzer Dauer. — Die Dehnung beider Ischiadici bei einer diffusen Myelitis im Lumbalmark hatte gar keinen therapeutischen Effekt. — Der 4. Fall betrifft einen Kranken mit spastischer Spinallähmung, vorzugsweise im l. Beine. Nach der Operation am l. Ischiadicus war das vorher sehr intensive Fussphaenomen links für 8 Tage

vollständig verschwunden, Steifigkeit und Spannung sowie der Gang etwas gebessert. Nach einigen Wochen kehrte aber der frühere Zustand wieder.

Stintzing (München).

---

27. **Dr. W. Frobenius, Einige Bemerkungen über pleuritische Exsudate und deren Behandlung** im Zeitraume von 1869 bis Ende 1880 im Krankenhause München r. J. (Annal. der städt. allgem. Krankenh. zu München 1881, S. 889.)

Verfasser hat aus einem krankengeschichtlichen Material von 12 Jahren (aus 276 Fällen flüssiger Pleuraexsudate) alle Fälle von flüssigen pleuritischen Exsudaten mit mehr als 14tägigem Bestande nach dem Vorbilde Ewalds tabellarisch zusammengestellt, um der Frage von dem Verlauf der operativ und nicht operativ behandelten Pleuraexsudate näher zu treten. Der Entscheidung dieser Frage steht wie überall als Hinderniss im Wege die Unmöglichkeit, alle Kranke einen längeren Zeitraum hindurch zu beobachten, sowie von allen den ev. Sektionsbericht zu bekommen.

Die Probepunktion hält Verf. bei genügenden antiseptischen Kautelen für unbedenklich und für das einzige Mittel zur Entscheidung der Qualität des Exsudats. An Lebenden und Leichen wurde festgestellt, dass die Länge des einzustechenden Nadelstückes 3—3,5 cm betragen müsse. — Als grösster Rauminhalt der einen oder anderen Pleurahälfte wurden (bei Entfernung der betreffenden Lunge und des Herzens und möglichster Ausweitung der Wandungen) 4 Liter gefunden, so dass Angaben über 5 Liter jedenfalls mit Vorsicht aufzunehmen sind. Plötzliche Todesfälle bei grösseren Exsudaten kamen 4mal zur Beobachtung, 3mal bei rechtsseitigem, 1mal bei linksseitigem serösem Exsudat. Nur in einem dieser Fälle war die Ursache ersichtlich: bedeutender Bluterguss im Herzbeutel. Durchbruch pleuritischer Exsudate mit Heilung fand sich 2—3 mal, Empyema necessit. 2mal, Spontanresorption grösserer Ergüsse fand statt in 10 Fällen mit fraglicher, in 4 Fällen mit nachgewiesener seröser Beschaffenheit. Ausser in 2 Fällen von Empyem mit ungünstigem Ausgang wurde die Punktion nur bei serösen und serös-fibrinösen Exsudaten in Anwendung gezogen, entweder aus Vitalindikation oder bei fehlender Aussicht auf spontane Resorption nach mehr als 3wöchentlichem Bestande. Als Apparat dienten Aspirationsspritzen, anfangs die von Tutschek, seit 3 Jahren die von Dieulafoy, ohne Unterschied im Erfolge. Punctionsstelle fast ausnahmslos etwa 3 cm unterhalb des unteren Schulterblattwinkels. Auf Entleerung von 2 Liter wurde durchschnittlich $^1/_2$ Stunde verwendet. Bei 3 eitrigen Ergüssen wurden durch Incision entleert: 3500, 3700 und 4300 ccm. Nach der Incision (an der gleichen Stelle wie

die Punktion) wurde meist gleich mit $2^1/_2$ % Carbolsäure ausgespült, worauf regelmässig vorübergehender Carbolsäurecollaps erfolgte, in einem Falle mit $3^1/_2$ % Borsäure, 1mal jegliche Ausspülung unterlassen. Zum Abfluss wurde ein fingerdickes Drainagerohr bis an den tiefsten Punkt der Höhle eingelegt und successive verkürzt. Eine Rippenresektion wurde wegen mangelnder Indikation nicht vorgenommen. Als Indikation für dieselbe betrachtet Verf. nur abnorme Enge der Intercostalräume und bedeutende primäre Rippencaries. Sekundär ist sie dann vorzunehmen, wenn bei verzögerter Heilung sich von den durch die Resektion verfügbar gewordenen Weichtheilen ein Verschluss des noch vorhandenen Raumes erwarten lässt.

Aus der Tabelle, welche 71 Fälle mit Abrissen der Krankengeschichten aufführt, ist ersichtlich, dass die Punktion der serösen Exsudate mit wenigen Ausnahmen Erfolg hatte, selbst in vielen Fällen von Phthise, dass sämmtliche (19) Fälle von exspectativ behandelten und 1 Fall von punktirtem eitrigen Exsudat lethal endigten, während von 4 durch Incision behandelten nur 2 starben und 2 völlig genasen. Die Kranken mit eitrigen Exsudaten bei Verdacht oder Nachweis der Phthise, starben, wenn exspectativ behandelt, sämmtlich (10), ebenso ein punktirter Fall. Die Incision hatte hier unter 4 Fällen 3 relative Heilerfolge.

Stintzing (München).

---

28. **Kormann** (Coburg), **Ueber die künstliche Ernährung der Säuglinge mit Kuhmilch und über den Zusatz von Paulke's Milchsalz.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XVIII. Band. 1. Heft. 1882.)

Obgleich Verfasser bei der Ernährung der Säuglinge mit Kuhmilch, welche durch Trockenfütterung der Kühe gewonnen und mit Gersten- oder bei Durchfällen mit Haferschleim verdünnt wurde, durchschnittlich gute Resultate erzielt hat, so kamen doch öfters Fälle von Dyspepsie mit Ausscheidung von grünlichen oder bei längerm Contact mit der Luft grünlich sich färbenden Defäcationen zur Beobachtung, woraus hervorging, dass durch die Mischung von Milch und Gerstenschleim noch nicht das Beste erreicht war. Mit Freuden musste man es also begrüssen, als der Versuch gemacht wurde, durch Zusatz des Paulke'schen Milchsalzes das Kuhmilchcasein dem Casein der Frauenmilch ähnlicher und so leichter verdaulich zu machen.

Vf. hat in einer Reihe von Fällen bei Dyspepsie die Paulke'sche Milchsalzmilch mit Zusatz von Gerstenschleim angewandt und in zwei Fällen genaue Wägungen angestellt. Die Resultate waren durchaus befriedigend, das Körpergewicht nahm zu, die Dejectionen wurden besser, die Dyspepsie heilte. Verf. ist deshalb der Ansicht, dass Paulke's

Milchsalz für die künstliche Ernährung von Säuglingen mit guter, durch Gerstenschleim verdünnter Kuhmilch von entschiedener Bedeutung ist und allgemeine Anwendung verdient.

Kohts (Strassburg).

---

29. Desnos, De quelques inconvénients ou accidents de l'alimentation forcée chez les phthisiques et des moyens de les conjurer. Ueber einige unangenehme Zufälle bei der forcirten Ernährung der Phthisiker und die Mittel, sie zu verhüten. (L'Un. méd. Nr. 15.)

D. versuchte die künstliche Ernährung bei einem Phthisiker mit Cavernenbildung in beiden Lungenspitzen. Die Einführung der Sonde gelang leicht, kaum war aber das erste Quantum Milch in den Magen gelangt, als starkes Erbrechen und äusserst heftige Dyspnoe eintrat. Letztere hielt auch nach Entfernung der Sonde noch längere Zeit an; der Kranke hustete stark und enleerte dabei anfangs reine Milch. Es unterlag also keinem Zweifel, dass die durch den Brechact zwischen Oesophaguswandung und Sonde durchgepresste Milch in den Larynx und die Lungen gelangt war. Bei der Auscultation hörte man auf beiden Seiten stark gurgelnde Geräusche. Am nächsten Tag enthielten die Sputa noch immer kleine Beimengungen von Milch und waren zum Theil bräunlich gefärbt. Es entwickelte sich eine Pneumonie der beiden unteren Lappen rechts, welcher der Kranke nach 36 Stunden erlag. Nach D. ist dieselbe unzweifelhaft durch die eingedrungene Milch verursacht worden. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. drei ähnliche von Variot beobachtete, sowie einen vierten aus seiner eigenen Praxis. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Einführung von Nahrung durch die Sonde in den Magen kann heftiges Erbrechen und schmerzhafte Krämpfe des Magens und damit zuweilen Gefahren für das Leben herbeiführen.

2. Die Intoleranz des Magens gegen diese Art der Ernährung kann eine absolute sein, so dass man auf letztere verzichten muss.

3. In andern Fällen kann man die Intoleranz des Magens überwinden durch gewisse Vorsichtsmassregeln, besonders dadurch, dass man nur langsam und mit Unterbrechungen die Nährflüssigkeit einfliessen lässt oder dadurch, dass man jedesmal nur kleine Quantitäten einführt.

4. Es gibt Fälle, wo man die Zeit des Fieberabfalls abwarten muss, um die forcirte Ernährung auszuführen, weil sonst das Eingeführte gleich wieder erbrochen wird.

5. Die forcirte Ernährung mit Milch, welche in den meisten Fällen indicirt ist, führt zuweilen zu unstillbaren Diarrhöen, welche die Wahl einer andern Nährflüssigkeit nöthig machen.

Brockhaus (Godesberg).

---

30. **Archambault et Pousson, Étude sur l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie.** Studie über die Anwendung des Pilocarpins gegen Diphtheritis. (L'Un. méd. Nr. 20, 23 u. 25.)

Die Verfasser haben unter 26 Fällen von Diphtheritis, welche vom 13. October bis 24. November 1881 in ihre Behandlung kamen, 18mal Pilocarpinum citricum in Verbindung mit einem tonisirenden Regime (Alkohol, Milch, Peptonklystiere) angewendet und zwar ohne besondere Auswahl der Fälle. 17mal handelte es sich um primäre Diphtheritis, einmal trat dieselbe im Gefolge von Masern ein. Sie wandten das Pilocarpin subcutan und je nach Alter und individueller Empfänglichkeit in Dosen von 5—10 Milligramm 2—3mal pro Tag an. Von den 18 Kranken genasen drei, ein Kind starb an Erysipel der Tracheotomiewunde, am 9. Tage nach der Operation, am 11. nach der ersten Injection, ein anderes Kind wurde sterbend von den Eltern aus dem Hospital weggeholt. In den übrigen 13 Fällen trat der Tod 7mal am Tage der ersten Injection oder am darauffolgenden, 6mal vom 3.—11. Tage ein. Von den 8 nicht mit Pilocarpin behandelten Fällen genasen zwei. Die Tracheotomie wurde im Ganzen 9mal ausgeführt. Die Verfasser sind der Ansicht, dass das Pilocarpin bei Diphtheritis schädlich wirkt. Die stärkere Schleimabsonderung und die dadurch herbeigeführte Lockerung und Abstossung der diphtheritischen Membranen tritt, ebenso wie die Schweissabsonderung in ganz schweren Fällen überhaupt nicht ein, sei es, dass das Mittel nicht mehr resorbirt wird, sei es dass der salvatorische Apparat in einem so tief erkrankten Organismus nicht mehr im Stande ist, auf den Reiz des Mittels zu reagiren. In andern Fällen tritt die Lockerung der Membranen nur sehr unvollkommen ein. In der geringen Zahl von Fällen, in denen die Verf. starke Diaphorese und Secretion der Speichel- und Schleimdrüsen beobachten, machte sich auch die ermattende Wirkung der ersteren bemerkbar, und der massenhaft abgesonderte Schleim und Speichel führte, besonders bei kleinen Kindern, welche nicht gehörig zu expectoriren verstanden, Verstärkung der Athembeschwerden und Erbrechen herbei. Die in einzelnen Fällen nach den Injectionen beobachtete Besserung in den localen Erscheinungen war immer von kurzer Dauer. Eine constante Einwirkung des Pilocarpins auf die Organe der Digestion, Circulation und Respiration sahen die Verfasser nicht; wurde die Injection gemacht, wenn kurz vorher Speisen eingeführt waren, oder geschah Letzteres bald nach der Injection, so trat oft Erbrechen ein. Die zuweilen beobachtete Erniedrigung der Temperatur in der Achselhöhle musste auf die durch den verdunstenden Schweiss gesetzte Abkühlung zurückgeführt werden, da die Temperatur im Rectum keinen Abfall zeigte. Direct schädlich wirkt das Pilocarpin auf das Nervensystem, indem es das Eintreten des Collapses begünstigt.

Brockhaus (Godesberg).

31. **Carl Virchow, Ueber die Einwirkung des benzoësauren und des salicylsauren Natrons auf den Eiweissumsatz im Körper.** (Zeitschrift f. physiol. Chemie VI., H. 1, S. 78—94.)

Die Einwirkung der beiden wichtigen Medicamente auf den Stoffwechsel ist bisher nur von Salkowski für die Benzoësäure, von S. Wolfsohn (Königsberger Dissertation 1876) für die Salicylsäure untersucht worden. — Ersterer fand, dass die gleichmässige Stickstoffausscheidung von Hunden im protrahirten Hungerzustande durch Benzoësäure, eine beträchtliche Steigerung erfährt. Letzterer erhielt durch Salicylsäure in 4 Versuchen eine Steigerung, in zweien eine Verminderung des Eiweisszerfalls während der Salicylsäure-Fütterung, aber eine Steigerung nach derselben.

Virchow's Versuche wurden an 2 gleichmässig mit Fleisch und Fett genährten und im Stickstoffgleichgewicht befindlichen Hunden ausgeführt. Von Benzoësäure wurden 5 resp. 7 Gr., von Salicylsäure 5 Gr. pr. d. in Form der neutralen Natronsalze gereicht. — Beide Medicamente entfalteten toxische Wirkungen, die sich bei der Salicylsäure in Erbrechen und vollkommenem Verlust des Appetits, bei der Benzoësäure in der grösseren Gabe in Form von Hirnreizung manifestirten. Erhebliche Steigerung des Eiweisszerfalls wurde durch beide Mittel bewirkt. Die Benzoësäure liess nur wenig Hippursäure im Harn auftreten, so dass der Stickstoff des letzteren nur einen verschwindenden Bruchtheil der Stickstoffvermehrung im Harn ausmachte.

Zuntz.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 21. April. Nro. 3.

32. Weiss (Wien), Ein Fall von Aphasie mit Worttaubheit.
(Wiener mediz. Wochenschr. Nr. 12. 1882.)

Ein 74-jähriger Mann kommt mit Aphasie, Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten und der respiratorischen Zweige des rechten Facialis zur Beobachtung.

Die Aphasie ist vollständig, Pat. hat ein einziges Wort „Ah" während seines mehrmonatlichen Spitalaufenthaltes ausgesprochen (bei einem Nadelstich) und versteht die an ihn gerichteten Fragen nicht, obgleich er Gehörswahrnehmungen besitzt. Ruft man z. B. den Kranken an, ohne dass er sehen kann, so dreht er den Kopf nach dem Orte hin, woher der Schall kam, reagirt aber sonst in keiner Weise auf die eventuell an ihn gerichteten Fragen. Reicht man ihm die Hand, so erfasst er dieselbe und drückt sie fest, wenn er durch Mienen dazu ermuntert wird. Pat. streckt die Zunge nur dann heraus, wenn man ihm dies nach vorausgegangener Aufforderung vorzeigt. Mit Ausnahme

der Störungen der Sprache und des Wortverständnisses zeigte der Kranke keine wesentliche Intelligenzstörung, indem er seine Umgebung stets erkannte und durch Handreichen begrüsste.

An den Extremitäten stellten sich allmählich Contracturen ein, Aphasie und Worttaubheit blieben unverändert bestehen bis zum exitus lethalis, der etwa 4 Monate nach dem Beginn der Erkrankung eintrat.

Die Section ergab: Zelleninfiltration im Bereiche des unteren Scheitelläppchens, der insula Reilii, der hinteren Hälfte der ersten Temporalwindung, der anschliessenden Parthie des Hinterhauptlappens in ungefähr 1 cm Ausdehnung, sowie in der oberen queren Schläfenwindung linkerseits aus Embolie der Art. fossae Sylvii; Zelleninfiltration im corpus striatum und Linsenkern, sowie im claustrum und der capsula externa der linken Seite. Im Rückenmark fand sich secundäre Degeneration im rechten Pyramidenseitenstrang.

Es steht dies Ergebniss der Section im Einklang mit den Befunden, welche von Wernicke, Kahler, Pick und Fritsch constatirt wurden.

Seifert (Würzburg).

---

33. **Dr. Langenbuch, Ueber Erfolge und Misserfolge der Nervendehnungen bei der Tabes und ihr verwandten Krankheiten.** Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft. (Berliner klin. Wochenschr. 1882. Nr. 12 und 13.)

L. theilt seine in ca. 100 Fällen gewonnenen Erfahrungen über die Nervendehnung bei Rückenmarkskrankheiten mit. Der Werth des Resultates sei wie bei jeder Operationsmethode abhängig 1. vom Alter und Kräftezustand des Patienten, 2. von dem Charakter und Fortschrittsgrade seiner Erkrankung und deren Komplikationen, 3. von der zweckmässigen Ausführung der Operation und dem Gelingen einer schnellen Wundheilung, 4. von der Nachbehandlung.

Bezüglich des 1. Punktes geben decrepide Patienten von höherem Alter, fettleibige Individuen sowie Morphiophagen eine weniger günstige Prognose. Das Vorgeschrittensein der Krankheit ist noch keine strikte Kontraindikation für die Operation, „da wir nie wissen können, ob die restirenden Kerne untergegangener Nervenfasern nicht noch nach Hinwegräumung von Hindernissen (Resorptionen sequestraler Nervenmasse) zu der Wiedererzeugung einer neuen und leistungsfähigen Nervenfaser angereizt werden können."

Was die Ausführung der Operation anlangt, so hat L., obwohl er nie bis zum „Emporheben vom Tisch" gedehnt hat, bei stärkerer Dehnung einen Schwund der Muskeln beobachtet, den er von einem Insult der in der Nähe der Operationsstelle abgezweigten Muskelfasern ableitet. Seitdem Verf. deshalb den Ischiadicus statt am unteren Rande des Glutaeus in der Mitte des Oberschenkels dehnte, hat er die er-

wähnten Muskellähmungen „in einem auffälligen Grade unmittelbar nach dem Aufstehen nicht mehr erlebt". Ein weiterer Uebelstand ist der, dass nicht selten nach Monaten zu einem ziemlich typischen Zeitpunkt Schmerzen, namentlich an der Operationsstelle, wiederkehren und die Gehfähigkeit wieder abnimmt. L. sucht die Ursache hiefür in Veränderungen des Nerven an der Operationsstelle, und fand auch bei einer Sektion den Nerven eingebettet in schwieliges Narbengewebe.

Mit Rücksicht auf diese Thatsachen ertheilt Verf. Rathschläge bezüglich der Freilegung des Nerven und übergehend zu der Frage, wie und wie stark man ziehen solle, bespricht er zunächst den Effekt der Dehnung überhaupt. Am geöffneten Rückenmarks-Kanal beobachtet man schon bei mässig starkem Zuge eine schwache Bewegung des Saccus durae matris und bei jedem kräftigen Zuge eine leichte Wellenbewegung der Cerebrospinalflüssigkeit, aber keine Bewegung des Markes selbst. Die neuerdings empfohlene Methode der unblutigen Dehnung wird daher als ein „Rückfall vom Wirksameren in das Unwirksamere" bezeichnet. Der klinische Effekt der Dehnung ist ein einfacher: ein auf entfernte Provinzen des Centralorgans wirkender „dynamischer", der sich in Veränderungen des Pulses, der Respiration, in der wiederkehrenden Sensibilität etc. äussert, sodann „ein günstig umstimmender Einfluss auf die Ernährungsverhältnisse des erkrankten Gewebes". Die dynamischen Wirkungen sind nicht die Folge der Nervendehnung im Sinne einer Verlängerung des elastischen Stranges, sondern Reflexwirkungen, hervorgerufen durch einen Nervenreiz, der „auf lange hin durch den Haupteffekt der Nervendehnung, die weitreichende, Blutungen erzeugende Zerreissung seines Scheidengewebes gesetzt" wird. „Also in der vorübergehenden Separation eines grossen Nervenabschnittes von seiner gewohnten Ernährung und in der Anbahnung einer ganz neuen liegt das Wesentlichste der heilsamen Wirkung unserer Operation". Und in der Gefässerkrankung sieht Verf. einen wesentlichen Faktor für die Degeneration der pervers ernährten Nerven. Soweit ein Nervenstamm nur krank, nicht abgestorben war, kann er durch eine mit richtiger Intensität gehandhabte Dehnung wieder gesund gemacht werden, und der regenerirende Reiz kann durch Vermittelung vasomotorischer Fasern auch auf entlegenere erkrankte RM.-parthieen wirken.

Die Frage nach der Intensität, mit welcher gedehnt werden soll, ist L. nicht im Stande exakt zu beantworten, und er räth die Mittelstrasse innezuhalten zwischen der schwachen Dehnung Benedikt's, die nur dynamische Wirkungen ausübe, und zwischen den stärksten Dehnungen Billroth's, welche tödtliche Läsionen des Centralnervensystems bewirken könnten. Ferner empfiehlt er Austupfen der Wunde mit 4% Carbolsäure, Drainage während 36—48 Stunden und kunstgerechte Anlegung eines antiseptischen Verbandes. „Es versteht sich hiernach von selbst, und das macht die durchgängig schlechten Resultate mancher Operateure erklären, dass jede in gleicher Weise fehlerhaft unternommene Operation auch stets dasselbe schlechte Resultat liefern wird".

Zur Nachbehandlung empfiehlt L. mässige methodische Steh-

und Gehübungen, Massage der Beine, namentlich der Wundengegend, Electrizität, warme Bäder und unter Umständen innere Medikamente wie Jod, Eisen etc.

Die Indikationen für die Dehnung des N. cruralis, von der mutat. mutand. dasselbe gilt wie von der des Ischiadicus, sind noch nicht genau zu präcisiren; im Wesentlichen sind es Erfolglosigkeit der Ischiad.-Dehnung, lancinirende Schmerzen im Cruralisgebiet, abnorme Sensationen und Innervationen des Unterleibes und der Vesicogenitalgegend. Der Hautschnitt bei der Cruralis-Dehnung soll nur auf den Unterleib placirt werden, da die Oberschenkelhaut zu sehr zum Klaffen neigt.

Von den unmittelbaren schädlichen Nachwirkungen wird die bei der Dehnung des Cruralis für mehrere Tage auftretende Blasenlähmung erwähnt. Dieselbe sei nicht nervöser Natur, sondern durch Bluterguss in das perivesicale Zellgewebe bedingt. Eine Cystitis (Kulenkampff) hat L. bei seinen ca. 100 Operationen nie beobachtet.

Gegenüber der neuerdings oft besprochenen psychischen Wirkung der Operation, die den Kranken zu einer allzu sanguinischen Beurtheilung des Gewonnenen hinreisse, macht Verf. darauf aufmerksam, dass sie zuweilen von einer späteren Depression gefolgt sei, in welcher die Kranken die Resultate unterschätzen.

Die Besserungen betreffen nicht immer alle Symptome gleichmässig. Manche Patienten müssen sich vielmehr mit der Besserung des einen oder andern Symptomes begnügen.

Die überwiegenden Misserfolge haben ihren Grund in der mangelhaften Auswahl der Fälle und in den mangelhaften Operationsmethoden. Man muss festzustellen suchen, welche Fälle sich zur Operation eignen, welche nicht, ob man beim gegebenen Symptomenkomplex stark oder schwach, ob die Ischiadici oder crurales dehnen soll. „Die Nervendehnung als Kampfesmittel gegen gewisse Rückenmarkskrankheiten hat doch schon zu Viel und zu Unerwartetes geleistet, als dass sie überhaupt je wieder von der Tagesordnung abzubringen wäre".

Stintzing (München).

34. **M. Bernhardt, Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis.** (Zeitschrift f. klin. Medicin IV. p. 415.)

B. theilt zwei Fälle jener eigenthümlichen Lähmungslocalisation im Bereiche des Plexus brachialis mit, auf welche Erb 1874 zuerst aufmerksam gemacht hat und deren Ursache er in einer Erkrankung des 5. und 6. Cervicalnerven sucht. Die Lähmungen erstreckten sich auf die motorischen Bahnen der N. N. axillaris, musculo-cutaneus, die Zweige des Radialis für M. supinator longus und brevis und einige

Zweige des Medianus, während die sensibelen Bahnen und das ganze Gebiet des N. ulnaris frei bleiben und zeigen eine auffallende Analogie mit den von Duchenne als Entbindungslähmungen beschriebenen Paralysen bei Kindern. — Eine Anzahl (9) weiterer von andern Autoren veröffentlichter Beobachtungen zeigten ein ähnliches Verhalten, nur dass die bei den Duchenne'schen Paralysen fast ausnahmslos bestehende Lähmung des M. infraspinatus in den analogen Fällen von Lähmung Erwachsener vermisst wurden.

Die beiden von B. beobachteten Fälle boten die von Erb und den Uebrigen mitgetheilten analogen Erscheinungen dar: Lähmung des M. deltoides, biceps und brachialis internus, ferner des M. supinator, longus und brevis mit einfacher Herabsetzung, bezw. fast vollständigem Erloschensein der electrischen Erregbarkeit für beide Stromarten, von dem von Erb angegebenen Punkte aus (entsprechend der Austrittstelle des 5. und 6. Cervicalnerven zwischen den Scalenis), jedoch ohne Entartungsreaction; dabei bestand Taubheitsgefühl in dem Verbreitungsbezirk der betroffenen Nerven und was von grosser Wichtigkeit, deutlich nachweisbare Lähmung des M. infraspinatus, weniger ausgesprochen des M. supraspinatus, wie in den Duchenne'schen Fällen. — Beiden Fällen lag eine traumatische Ursache zu Grunde.

Eine Vergleichung der Verbreitung der Lähmung auf die einzelnen Verzweigungen der oben genannten Nervengebiete mit den experimentellen Untersuchungen Ferrier's und Yeo's legte die Wahrscheinlichkeit nahe, dass es sich dabei blos um Erkrankung im Gebiet des 5. Cervicalnerven handle, während bei Reizung des 6. Cervicalnerven Bewegungen ausgelöst wurden, die nicht mit denen von dem Erb'schen Punkte aus erzeugten übereinstimmten.

Betreffs der Aetiologie der in Rede stehenden Affection spielt sicherlich die relativ oberflächliche Lage der geschädigten Nerven eine grosse Rolle, welche Erkältung und Trauma eine leichtere Einwirkung gestatten.

Verf. führt sodann noch einen von ihm beobachteten und einige von anderen Autoren mitgetheilte Fälle von eigentlicher Entbindungslähmung im Sinne Duchenne's an und kommt zum Schluss noch auf die von Remak betonte Aehnlickeit zu sprechen, welche in einzelnen Fällen von Bleilähmung und anderen Paralysen spinalen Ursprungs die Localisation der Lähmung mit den zuerst von Erb beschriebenen Plexuslähmungen darbieten.

Engesser (Freiburg i. B.)

---

35. **Steinfinkel** (Odessa), **Erstickung eines Kindes durch Fremdkörper in den Bronchien.** (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. III, Heft V. u. VI.)

Ein 2jähriges Kind erkrankte plötzlich 2 Stunden nach Einnahme der letzten Mahlzeit unter den Erscheinungen der Stenose der Luft-

wege. Die Stimme war vollständig rein, es bestand kein Husten, kein Fieber, mithin konnte die Diagnose Croup ausgeschlossen werden, besonders da auch Inspection des Pharynx nichts Positives ergab. Die Stenose musste also tiefer sitzen. Die Annahme einer organischen Stenose, ebenso die Compression der Luftwege von aussen konnte ausgeschlossen werden. Man sah sich desshalb zur Annahme eines Fremdkörpers gezwungen, welche noch dadurch gestützt wurde, dass das Kind vorher ein Stück Kuchen mit gebrannten Mandeln gegessen hatte. Es lag nahe, dass Mandelpartikelchen in den Larynx aspirirt waren, wegen ihrer Kleinheit und platten Oberfläche die Trachea passirt und in den Bronchien sich eingekeilt hatten, das für Fremdkörper in der Trachea charakteristische Reibungsgeräusch fehlte; ausserdem ergab die Untersuchung der Lungen keine Differenz zwischen beiden Seiten. Hieraus wurde der Schluss gezogen, dass die Fremdkörper nicht in der Trachea geblieben, sondern weiter in die Bronchien gefallen seien und zwar in beide. Die Behandlung bestand in Anwendung der Emetica und in Schwenken des Kindes bei herabhängendem Kopfe; beide ohne Erfolg. Das Kind starb am zweiten Tage. Die Section ergab: Larynx, Trachea frei. Im linken Bronchus an einer Theilungsstellung lag ein Stück Mandel, im rechten zwei kleinere Stücke. — Verfasser bespricht noch die Diagnose des Sitzes des Fremdkörpers und Möglichkeit einer ev. Heilung durch Tracheotomie, welche in dem vorliegenden Falle natürlich ohne Erfolg geblieben wäre.

Kohts (Strassburg).

---

36. **Kandaracki, Ueber die Innervation der Athmungswege, über Husten und Einiges über den Einfluss des Chloroforms auf die Athmung.** (Gazeta lekarska, 1881. Nr. 10. polnisch.)

Nach Verf. ist der obere Theil der Luftröhre bei Hunden und Katzen von einem Aste (ramus trachealis) des nerv. laryngeus sup. versehen, während sich im unteren Theile der Trachea und den Lungen die Vagi ausbreiten. Dem entsprechend fand Verfasser, dass Durchschneidung der Vagi die Percipibilität des unteren Luftröhrentheils und der Bronchi aufhebt, während Durchschneidung des ramus trachealis auf den unteren Theil der Trachea, die der nervi laryngei super. auf den Larynx und den oberen Luftröhrentheil bei Katzen und Hunden denselben Einfluss hat. Der durch Reizung des Larynx hervorgerufene Husten ist verschieden von dem, der durch Reizung der Luftröhre und der Bronchien entsteht. Der letztere stellt sich sofort ein und dauert so lange, wie die Reizung, dagegen bewirkt die Berührung der Larynxschleimhaut zuerst Hemmung der Athmung mit begleitenden Schlingbewegungen und erst nach dem Aufhören der Reizung tritt einmaliger oder wiederholter Husten ein. — Mechanische und electrische Reizung der Centralenden der Nerven rief Seitens des Vagus und

ramus trachealis sofort — Seitens des laryngeus super. erst nach vorausgegangener Behinderung oder Hemmung der Athmung und erst beim Nachlass der Reizung Husten hervor. Nach Durchschneidung des laryng. super. entstand bei Reizung des ramus trach. kein Husten. — Dass andere Beobachter hiebei zu negativen Resultaten gelangt sind, will Verf. dadurch erklären, dass sie durch Narkotisiren der Versuchsthiere die Percipibilität der Hustencentren aufgehoben hatten.

Die vom Verf. erhaltenen Resultate Betreffs des Einflusses von Chloroform auf die Athmung stimmen mit denen von Holmgren und Koch überein.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

37. **Dr. Ottomar Rosenbach** (Breslau), **Ueber Innervationsstörungen im Gebiete des centralen Herzvagus.** 1. Herzarhythmie bei Rückenlage. 2. Ein Fall von vorübergehender Lähmung des centralen Vagus. (Deutsche Med. Wochenschr. 1882, Nr. 12.)

Im Anschluss an frühere Mittheilungen berichtet R. weiter unten über einen Fall von wahrscheinlich central bedingter Herzarhythmie mit eigenthümlichem aetiologischem Moment, sodann über einen Fall von centraler Vaguslähmung, bei welchem die künstliche Athmung lebensrettend wirkte. Schon vor 3 Jahren hat Verf. auf eine sich an Indigestionen anschliessende Herzarhythmie und Intermittenz des Pulses hingewiesen, als deren Grundlage er eine reflektorisch von den sensiblen Magennerven ausgehende Vagusneurose annahm. Diese Mittheilung ist von mehreren Autoren, obwohl sie zu gleichen Resultaten gelangten, ignorirt worden. Es gibt 3 Kategorien von Vagusneurosen: 1) central bedingte, 2) peripher durch Einwirkung auf den Stamm (durch Geschwülste, Struma etc.) und 3) reflektorisch von centripetalen Fasern des Nerven selbst oder von anderen sensiblen Bezirken ausgelöste (z. B. Reflexneurosen von der Magenschleimhaut). In die erste Kategorie gehört der bei Cirkulationsstörungen im Gebiet des Vagusursprungs auftretende Symptomenkomplex, wie in den beiden folgenden Fällen.

1. Ein 55jähr. Arbeiter, der ausser den gewöhnlichen Altersveränderungen der Arteriosklerose nichts wesentlich Abnormes darbietet, leidet seit einigen Wochen beim Niederlegen an eigenthümlichen Anfällen von Praecordialangst mit Erkalten der Hände. Durch wiederholte Untersuchungen wurde konstatirt, dass regelmässig in der Rückenlage Beängstigung und exquisite Arhythmie und häufige Intermittenz des Pulses auftrat, während beim Aufrichten diese Erscheinungen fast plötzlich verschwanden und die Pulsfrequenz von 60—64 auf 72—76 stieg. Unter tonisch-roborirender Behandlung verloren sich diese Anfälle nach einigen Wochen.

Zur Erklärung des zweifellosen kausalen Zusammenhanges zwischen Herzarhythmie und Rückenlage rekurrirt R. auf den in dieser Position erschwerten Blutabfluss aus der Schädelhöhle. In Folge der dadurch bewirkten relativen Verarmung des Blutes an O werde der Vagustonus und der Tonus des vasomotorischen Centrums gesteigert und es resultire daraus Verlangsamung des Herzschlages mit oder ohne Arhythmie, sowie Zunahme der Spannung im Körperarteriensystem, welch' letztere sich im vorliegenden Falle in einen Krampf der Hautarterien (Erblassen und Erkalten der Haut etc.) äusserte. Dass die Schwankungen in der abfliessenden Blutmenge bei Lageveränderungen ziemlich beträchtlich sein müssen, geht auch aus der Verstärkung des Venengeräusches hervor, welches die Jugularis erfährt bei Vertauschung der Rückenlage mit aufrechter Haltung. Desgleichen kann das bekannte Gesetz, dass im Stehen der Puls schneller ist als im Liegen, nach R.'s Meinung nur mit diesen Strömungsverhältnissen und dem davon abhängigen Vagustonus in Beziehung gebracht werden. Um die Phänomene in solcher Prägnanz wie in dem beschriebenen Falle hervortreten zu lassen, sind freilich noch begünstigende Momente erforderlich, und ein solches lag hier in der Arteriosklerose vor, die sich zur Wirkung der Lageveränderung summirte. „Mit dem Fortschreiten der Ausgleichung der Störungen durch Collaterale oder stärkere Arbeit der Gefässmuskeln, mit Eintritt der Akkommodation des Gehirns oder der lokalen leidenden Gehirnpartie an die veränderten Ernährungsbedingungen, nahm der Effekt der Rückenlage auf die Entstehung des Phänomens mehr und mehr ab, bis endlich völlige Kompensation eintrat."

2. Ein 31jähr. Phthisiker hatte 2 Tage an zunehmendem Schwindel, Kopfschmerzen und engen Pupillen gelitten und begann plötzlich Nachts zu röcheln, verlor das Bewusstsein, zeigte extreme Blässe und Cyanose der Haut, reagirte nicht mehr auf sensible Reize etc. Die hochgradige stertoröse Inspiration erfolgte ein- höchstens zweimal in der Minute und war von langem Exspirium gefolgt. Da der Puls, wenngleich sehr beschleunigt, doch leidlich voll und regelmässig war, wurde die künstliche Athmung abwechselnd mit Kompression des Thorax und mit Phrenicusreizung eingeleitet. Dieselbe musste ununterbrochen durch $1^1/_2$ Stunde unterhalten werden. Dann erst setzte die Athmung spontan ein mit Cheyne-Stokes'schem Phänomen. Bei Einwirkung eines starken Stromes auf die Vagi sank die Pulsfrequenz von 156 auf 100, der Puls war dikrot und zeigte eine deutliche Spannungsabnahme. Mit der Athmung kehrte auch das Bewusstsein und die Reflexerregbarkeit wieder. Am nächsten Tage war der Pat. völlig wohl, starb jedoch nach ca. 4 Wochen an einer tuberkulösen Meningitis.

Es handelt sich hier offenbar um eine gleichzeitige Lähmung des Athmungs- und des Vaguscentrums im verlängerten Mark. Der hemmende Einfluss des Vaguscentrums musste ganz in Wegfall gekommen sein; denn später bei dem Wiedereintritt der regelmässigen Athmung, durch welche der starke Reiz für das Vaguscentrum erloschen war, stieg die Pulsfrequenz noch weiter an, wie bei Vaguslähmung. Im Laufe des nächsten Tages stellte sich der Vagustonus wieder her und sank die Pulsfrequenz somit auf die Norm. Von Interesse ist auch der in diesem Falle konstatirte Einfluss der elektrischen Vagusreizung

am Menschen; Pulsfrequenz und Arteriendruck nahmen durch dieselbe ab. — Die Ursache aller Erscheinungen ist wahrscheinlich in Ernährungsstörungen des Gehirns zu suchen, die mit dem Ausbruch einer Meningit. tubercul. einhergingen. Die lebensrettende Wirkung der künstlichen Athmung in diesem Falle muss von Neuem dazu ermuntern, in allen Fällen von Herabsetzung der Erregbarkeit oder von grosser Erschöpfbarkeit der Athmungscentren die künstliche Respiration einzuleiten.

Stintzing (München).

---

38. E. Fränkel, I. **Ueber einen tödtlich verlaufenden Fall idiopathischer subacuter Pankreasentzündung.** (Zeitschrift f. kl. Med. 1882, IV. p. 277.)

Ein 58jähriger Herr erkrankte am 12. April 1879 unter den Erscheinungen von Verdauungsstörungen: Gefühl von Völle im Unterleib, Blähungen und Ructus, Schmerzhaftigkeit der Magengegend war weder spontan noch auf Druck nachweisbar. — Patient erholte sich rasch, erkrankte aber unter ähnlichen Erscheinungen auf's Neue am 11. Juli desselben Jahres. Bei diesem Anfall war aber die ganze Magengegend beim Palpiren schmerzhaft; die Stuhlentleerungen waren schwarz, theerartig, wie nach Blutungen aus dem Magen oder obern Dünndarm. Bei Bettruhe, geeigneter Diät, Eispillen und Eisblase auf die Magengegend trat Besserung ein.

Aehnliche Anfälle traten in der Folge noch mehrfach, besonders nach Diätfehlern auf und verliefen unter den gleichen Erscheinungen.

Am 24. April 1881 erkrankte Pat. nach längerem Wohlbefinden abermals, anscheinend in Folge eines Diätfehlers: Erbrechen und sehr heftige Leibschmerzen, Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Leibes stellten sich ein; letztere besonders in der Gegend der beiden Hypochondrien localisirt — unter leichter Fieberbewegung entwickelte sich ein stets zunehmender Meteorismus und die Zeichen einer Peritonitis. — Am 4. Mai trat nach vorangegangenem Delirium Collaps und bald darauf der Exitus lethalis ein.

Bei der Section erwies sich das Peritoneum frei von Entzündungsproducten; das Netz sehr fettreich, Milz und Leber vollständig normal, dagegen zeigte das Pankreas mehrfache krankhafte Veränderungen.

1) Das ganze Organ ist beträchtlich geschwollen und von zahlreichen stecknadelkopf- bis hanfkorngrossen, weisslich gelben, prominenten Geweben durchsetzt, die beim Abschneiden einen dickbreiigen Inhalt entleeren, worauf glatte Wände zum Vorschein kommen — eine Gruppe erscheint missfarben, grau gangränös, an dieser Stelle das Peritoneum unregelmässig durchlöchert — der Kopf des Pankreas ist am wenigsten ergriffen.

2) Eine diffuse Entwicklung von Fettgewebe um das Drüsenparenchym herum, am geringsten ebenfalls im Caput, auch sonst nicht überall mit gleicher Intensität auftretend.

3) Schmälere und breitere fibröse Züge, welche auf Durchschnitten unter dem Niveau der Umgebung liegend, die einzelnen Läppchen theils circulär umspinnen, theils zwischen denselben als bandartige Streifen vorbeigehen.

Die mikroscopische Untersuchung der sub 1 genannten Herde, lässt deren Inhalt als Fettkörnchenkugeln, Kern- und Zelltrümmer erkennen, ohne irgend welche wohlerhaltene Formen morphologischer Elemente. Die Herde zeigen sich von Hohlräumen durchsetzt, die z. Th. eigene Wandungen haben und wohl als die normalen Drüsenalveolen aufzufassen sind, während andere alveolenartige Hohlräume dazwischen liegen, die einer eigenen Wandung entbehren, als pathologisch betrachtet werden müssen. Die mikroscopische Untersuchung der sub 2 und 3 genannten Erscheinungen bestätigt den makroscopischen Befund; an mehreren Stellen ist es zum Schwund des Drüsenparenchyms gekommen und ist dasselbe durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt.

Den Entstehungsmodus der das Pankreas diffus durchsetzenden und das Wesentliche der Erkrankung dieses Organs darstellenden grau gelblichen Herde erklärt F. dahin, dass die in diesen Herden sich findenden alveolenartigen, mit eingedicktem Inhalt gefüllten Hohlräume aus den die Drüsen normaler Weise zusammensetzenden Acinis hervorgegangen und durch eine Verschmelzung benachbarter Acini zu einer solchen Grösse gelangt seien, um als makroscopisch sichtbare Herde imponiren zu können und stützt diese Erklärung auf das Auftreten solcher Hohlräume inmitten sonst gesunden Parenchyms, das keine Zeichen reactiver Entzündung erkennen lässt oder sonstige Veränderungen darbietet, die auf ein Entstehen der Hohlräume aus Schmelzung interstitiellen Gewebes hätten schliessen lassen.

Es ist danach die Frage, ob es sich im vorliegenden Falle um eine primäre Erkrankung des interstitiellen Gewebes oder des eigentlichen Drüsenparenchyms handelt, in letzterem Sinne zu beantworten, während die Hyperplasie des interacinösen Bindegewebes mit grösster Wahrscheinlichkeit sich erst secundär an die über die ganze Drüse verbreitete parenchymatöse Affection angeschlossen hat.

Das ganze klinische Bild war der Art gestaltet, dass intra vitam die Diagnose auf ein perforirendes Duodenalgeschwür mit consecutiver Betheiligung des Peritoneums gestellt wurde, während die Section betreffs des Darmtractus ein vollständig negatives Resultat ergab. F. ist geneigt, den ganzen Symptomencomplex aus der durch die Erkrankung des Pankreas bedingten Störung der Verdauung zu erklären; und betont, dass gerade die Latenz der klinischen Erscheinungen oder die Unbestimmtheit ihres Charakters bei Pankreaserkrankungen ein Privilegium der in Rede stehenden Affection zu sein scheint; — gerade diese Bedeutung des klinischen Verlaufes drücke auch dem Process einen so perniciösen Charakter auf, so dass bei dem geringsten Anlass, der einen etwas erhöhten Grad von Resistenzfähigkeit der Verdauungsorgane voraussetzt, die schlummernden Symptome mit erneuter Heftig-

keit aufleben oder, wie im vorliegenden Falle, den letalen Ausgang im Gefolge haben.

Die Schmerzhaftigkeit des Abdomen und der sehr hochgradige Meteorismus muss auf die freilich geringe, die nächste Umgebnng des Pankreas umfassende fibrinöse Peritonitis bezogen werden. — Die bereits 2 Jahre vor dem Tode auftretenden Darmblutungen könnten als parenchymatöse Blutungen in das Gewebe der entzündeten Drüse aufgefasst werden, wobei das ergossene Blut sich durch den Ductus Wirsungianus in den Darm entleerte; dabei ist nicht ausgeschlossen, dass die früher (vor 2 Jahren) auftretenden Darmblutungen auch von der Darmschleimhaut des Duodenum stammen könnten und nach so langer Zeit ein mikroscopischer Nachweis nicht mehr möglich war.

II. Ueber einen Fall von Mycosis tonsillaris et lingualis benigna.

Ein in Mitte der 30er stehender Pastor unterzog sich wegen Heiserkeit einer laryngoscopischen Untersuchung; bei dieser Gelegenheit wurden eigenthümliche weisse Flecke auf der rechten Tonsille beobachtet, über deren Natur der consultirte Arzt kein sicheres Urtheil sich bilden konnte und nur so viel glaubte annehmen zu müssen, dass dieselben nicht als diphtheritischer Belag aufzufassen seien. F., dem der Pat. überwiesen wurde, constatirte auf der freien Fläche der rechten Mandel eine Reihe discreter, gegen die Umgebung scharf abgesetzter, kaum stecknadelkopfgrosser, grauweisser Fleckchen, deren eines flach ulcerirt zackige Ränder erkennen liess. Das zwischen den Herden gelegene Gewebe zeigte normale Färbung, keine Spuren einer reactiven Entzündung — die Nachbarschaft der Tonsillen vollständig frei von Herden. — Subjectiv machten sich keinerlei Beschwerden seitens dieser Mandelfleckchen geltend; ähnlich waren die Balgdrüsen an der rechten Seite der Zungenwurzel grauweiss gefärbt und geschwollen. Die Diagnose war, da es sich nach dem ganzen bisherigen mehrwöchentlichen Verlaufe und dem objectiven Befunde ohne jede subjective Beschwerden weder um Angina follicularis noch diphtheritica handeln konnte, anfangs unklar. Ein Versuch, mittelst des scharfen Löffels Partikelchen dieser Herde abzuheben, bei welcher Gelegenheit constatirt wurde, dass die Herde mehrere Millimeter tief in das Gewebe eindringen, erleichterte mit Zuhilfenahme des Mikroscops die Diagnose. (Die Details der Untersuchung, sowie die Tafeln sind im Original nachzusehen.)

Der grösste Theil der Massen bestand aus zwei morphologisch verschiedenen Elementen: 1) rundlichen Körnern, 2) stab- resp. fadenförmigen Gebilden, welche beide wohl als verschiedenen Entwicklungsstadien angehörende Formen eines Mikroorganismus aufgefasst werden können. Der Botaniker Prof. Sadebeck hat betreffs der

botanischen Stellung dieses Mikrophyten denselben für einen Bacillus erklärt, für den er die Bezeichnung Bacillus fasciculatus, mit Rücksicht auf das zu Büscheln vereinigte biologische Verhalten, vorschlägt. Die rundlichen Körner hielt er z. Th. für die Sporen dieses Pilzes, z. Th. für Mikrococcen. Betreffs des weitern klinischen Verlaufs wird hervorgehoben, dass das Bepinseln mit 5 % essigsaurer Thonerde, sowie mit 5 % Carbollösung erfolglos war; dagegen war eine galvanocaustische Zerstörung der einzelnen Herde von grosser und nachhaltiger Wirkung.

Bezüglich der differentiell diagnostischen Unterscheidung komme hier wohl ausschliesslich nur die Angina follicularis und diphtheritica in Betracht, welche beide von hochgradigen Störungen des Allgemeinbefindens durch Fieberbewegungen begleitet sind, welche in diesem vorliegenden sowie in einigen wenigen andern beobachteten ähnlichen Fällen leicht vorhanden waren. — Als pathognomonisches Zeichen für die Diagnose einer Pilzerkrankung der Rachengebilde mag die enorme Hartnäckigkeit in dem Bestehen und das rasche Sichwiederbilden der künstlich entfernten Herde aufgefasst werden.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

39. Sysak, **Ein Fall von acut verlaufendem bulbösem Exanthem bei einem Kranken mit frischer Syphilis.** (Przeglad lekarski, 1882. Nr. 8. polnisch.)

Ein 22 jähr. Mann mit ulcus induratum in frenulo praeputii und bedeutender Schwellung der Leistendrüsen wurde nach 8 Tage fortgesetzten Sublimatinjectionen als geheilt entlassen. Nach einer Woche meldete sich der Patient wieder mit der Angabe, dass er vor 3 Tagen ein Gefühl von Brennen der Haut verspürt habe, dem sich bald Schlingbeschwerden, Augenschmerzen u. dgl. beigesellt haben. Verf. fand folgenden Status: Augenlider geschwollen, Conjunctivae geröthet, Lippen rissig und leicht blutend. Die Schleimhaut der Wangen zeigt weissliche Flecken und zerstreute rothe Punkte, der weiche Gaumen und die Tonsillen gleichfalls geröthet und mit kleinen Blutextravasaten bedeckt. Die an Rumpf, Thorax und Extremitäten gleichförmig roth, unter Fingerdruck momentan erblassend; dabei hier und da dunklere, schmutzig-rothe Flecken. An den Dorsalflächen der Hände und den Vorderarmen über die Haut sich erhebende, kupferrothe, Stecknadelkopf- bis Linsengrosse, hier und da concentrisch geordnete oder auch in einander übergehende Knötchen, welche auch unter Fingerdruck erblassen. An der Rumpfhaut wenige zerstreute Stecknadelkopfgrosse Bläschen, die an einigen Stellen zusammengedrängt Erhabenheiten von der Grösse eines Pfennigstücks bilden. Auf der Vorderseite der Unter-

schenkel zwei Erbsengrosse Blasen mit hellem serösem Inhalt und einige Excoriationen. An Stelle des zugeheilt gewesenen Schankers ein neues graubelegtes Geschwür. Temp. 39.0. Die innere Untersuchung ergibt nichts Abnormes. — In der Ueberzeugung, ein Syphilisrecidiv vor sich zu haben, machte Verf. eine Einspritzung von Sublimat und verordnete Kali chloricum zum Gurgeln. Tags darauf fand Verf. fast auf der ganzen Haut sehr zahlreiche, bis Hühnereigrosse Blasen mit rein serösem Inhalt; die meisten derselben bedeckten die Vorderseite des Thorax, die Innenseiten der Oberschenkel und Hinterbacken, weniger zahlreich waren sie an Bauch und Rücken, am wenigsten am Gesicht und den Vorderarmen. Der Inhalt der Blasen stellt eine hellgelbe seröse Flüssigkeit dar, die mit Salpetersäure gerinnt. Die freien Hautparthien sind roth, wie verbrüht, die sie bedeckende Epidermis runzlig, leicht abziehbar. Temp. 38.5. Neue Sublimatinjection. In den nächsten Tagen wurden die Blasen noch zahlreicher, in einigen wurde der Inhalt trübe, eitrig, auch jauchig. Sublimatinjectionen mussten abgestellt werden, dafür verordnete Verf. Jodkali und nasskalte Einwicklungen. Während der nächsten Wochen platzten die Blasen, die Epidermis fiel in grossen Fetzen ab, so dass der grösste Theil der Haut eine freie blutende Fläche darstellte, die dann allmählich zu heilen anfing. Patient machte noch unmittelbar darauf einen Abdominaltyphus durch und wurde geheilt entlassen. Nach weiteren 6 Monaten zeigte Pat. mit Ausnahme breiter Condylome am Anus und deutlicher Pigmentirung der früher von Blasen eingenommenen Hautparthien, nichts Auffallendes.

Die Diagnose lässt Verf. unentschieden. Gegen Pemphigus vulgaris spricht der acute, fieberhafte Verlauf und das Fehlen des Recidivs; gegen Pemph. foliaceus der günstige Verlauf, gegen den von Einigen beschriebenen Pemph. acutus seu febrilis das vorgerückte Alter des Patienten; nur Köbner gibt an, diese Form auch bei einem Erwachsenen beobachtet zu haben. Mit dem Pemph. syphiliticus stimmt der Fall in vieler Hinsicht auch nicht. Dasselbe gilt nach Verfasser auch gegenüber dem Erythema exsudativum multiforme und Herpes circinnatus. Gegenüber der von anderer Seite ausgesprochenen Ansicht, dass es sich hier um ein durch Sublimatinjectionen hervorgerufenes Erythema bulbosum medicamentosum gehandelt haben mochte, hebt Verf. hervor, dass Patient während des ersten Spitalaufenthaltes ungestraft mit Sublimatinjectionen behandelt wurde und sich dann mit schon bestehenden Blasen zum zweiten Male vorgestellt hat.

Verf. ist geneigt, das Exanthem für ein syphilitisches zu halten, wofür vielleicht der Curerfolg auch sprechen dürfte.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).

40. **Secretan, A propos d'un cas de pemphigus aigu vrai.** Ueber einen Fall von wahrem acutem Pemphigus. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 3.)

Ein 6 jähr. Mädchen von scrophulösem Habitus, das seit 3 Wochen an einem impetiginösen Ausschlag auf dem behaarten Theile der Kopfhaut litt, erkrankte unter Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Fieber und hochgradiger allgemeiner Abgeschlagenheit. Am 6. Tage entwickelten sich an verschiedenen Stellen des Körpers, besonders aber an den Extremitäten Blasen mit citronengelbem Inhalt. Dieselben sind verschieden gross (linsen- bis hühnereigross), die grössten finden sich an der inneren Oberfläche der Oberschenkel. Einige confluiren; die meisten sind von einem gerötheten, aber nicht infiltrirten Hofe umgeben, andere nicht. Die zwischenliegende Haut ist ganz gesund, Der Inhalt der meisten Blasen ist transparent, in einigen trübe, eiterähnlich. Am Vorderarm finden sich erythematöse Stellen, an welchen im Laufe der folgenden Tage neue Blasen aufschiessen. Starkes Jucken und Brennen der Haut. Puls klein, 120 Schläge in der Minute. Temperatur 39,0°. Die Behandlung bestand in der Anwendung lauer Bäder von 30° C. mit Zusatz von Borax und der Darreichung von Excitantien. Die Blasen platzen nach und nach und trocknen zu gelben Krusten ein, nach deren Abfallen rothe Flecken zurückbleiben, die sich allmählig verlieren. Keine Narben. Die Abheilung ist in etwa 14 Tagen vollendet. Die impetiginös befallenen Stellen der Haut bleiben von der Blaseneruption verschont. Der Fall bleibt isolirt trotz der Gegenwart anderer Kinder in der Familie.

Die Ansichten über das Vorkommen eines wahren acuten Pemphigus sind getheilt; Hebra, Kaposi und verschiedene englische Autoren haben nie einen einschlägigen Fall gesehen und zweifeln daher an der Existenz dieser Affection, während Köbner u. A. an derselben festhalten. Nach Letzterem verläuft dieselbe, wie auch in vorliegendem Falle, unter dem Bilde einer acuten Infectionskrankheit. Streng zu trennen vom acuten Pemphigus der Erwachsenen ist nach S. der Pemphigus der Neugeborenen, der contagiös ist und weder Fieber noch schwere Allgemeinerscheinungen erzeugt. S. stellt 18 Fälle von acutem Pemphigus der Erwachsenen, von denen 8 letal endigten, aus der Litteratur zusammen. Die Mortalität stieg mit dem zunehmenden Alter der Erkrankten. Der rasche und günstige Verlauf der Erkrankung im vorliegenden Falle ist nach S. dem jugendlichen Alter der Patientin, der geringen Ausbreitung der Eruption ($^1/_8$—$^1/_{10}$ der Körperoberfläche) und der Anwendung der protrahirten Bäder, die ja auch bei chronischem Pemphigus Vorzügliches leisten, zu verdanken.

Schliesslich erwähnt Verfasser die Beobachtung von Gibier de Savigny, der in dem hellen Blaseninhalt bei acutem Pemphigus einen rosenkranzförmigen Parasiten, zusammengesetzt aus Gliedern von 2 μ Breite, entdeckte. Derselbe fand sich nicht mehr, wenn der Blaseninhalt eitrig geworden war. Im Blute war derselbe nicht nachzuweisen, wohl aber im frischen Urin; er liess sich züchten. Ob im vorliegenden Falle einige, des Impetigo wegen genommene heisse Schwefel-

bäder oder die gerade herrschende aussergewöhnlich grosse Hitze auf die Entwicklung des Pemphigus von Einfluss gewesen sind, lässt Verf. unentschieden.

Brockhaus (Godesberg).

---

41. **Sandberg** (Würzburg), **Beitrag zur Frage über das Wesen des Pemphigus chronicus.** (Aerztliches Intelligenzblatt Nr. 9 und 10.)

Verfasser beschreibt einen auf der Abtheilung von Kinecker's beobachteten Fall von Pemphigus foliaceus (42-jähriger Schuhmacher), bei dem die Erkrankung schon vor 3 Jahren begonnen hatte, mit einem Blasenausschlag an den Unterschenkeln, der sich bald über den ganzen Körper ausbreitete. Pat. kam in sehr elendem Zustande in's Spital, der ganze Körper war mit den charakteristischen zackigen Epidermisfetzen des P. fol. bedeckt. Bei der Behandlung mit permanenten Bädern, Arsenik innerlich trat Besserung ein, das Körpergewicht stieg von 59 auf 64 kg. Pat. wurde entlassen, bekam aber wieder Recidive, während des letzten Spitalaufenthaltes eine Pneumonie, schliesslich auch Blasen an der Zunge. Gleichzeitig wurden häufig Digestionsstörungen beobachtet. Unter den Erscheinungen einer eitrigen Hüftgelenksentzündung und einer frischen Pneumonie ging Pat. zu Grunde.

Vom Sectionsbefund ist nur hervorzuheben ein flaches in Vernarbung begriffenes Ulcus der kleinen Magencurvatur, Erosionen im unteren Theile des Dickdarmes, geschwürige Processe nahe der valvula Bauhini.

Die Untersuchung des Centralnervensystems und des Sympathicus ergab nichts Abnormes.

Seifert (Würzburg).

---

42. **Steffen** (Stettin), **Ueber das Conchinin und Hydrochinon.** (Jahrb. für Kinderheilkunde 1882. XVIII. Band. 1. Heft.)

Verf. hat mit Conchinin, einem Chinin-Alkaloid, welches in methodischer Weise in der Klinik von Ziemssen in München zuerst angewendet ist, und über dessen chemische Zusammensetzung und Eigenschaften Freudenberger nähere Angaben gemacht hat, im Kinderspital zu Stettin eine Reihe von Kindern behandelt. Dasselbe besteht aus weisslichen, leicht verwitternden Krystallen und schmeckt bitter. Die Dosis in der es bei Kindern in fieberhaften Krankheiten angewendet wurde, betrug 0,5 mehrmals täglich. — Die Wirkung des Conchinins charakterisirte sich durch eine ausgiebige Herabsetzung der Temperatur,

welche 1—2°, einmal 3,2° betrug. Regelmässig folgte auch auf die Darreichung des Medicamentes eine Herabsetzung der Pulsfrequenz. In einigen Fällen trat Erbrechen und mässiger Collaps ein. In einem Fall trat bei einem schwächlichen Typhuspatienten mit kleinem Pulse ein allgemeines Oedem auf, welches bei Eintritt von starker spontaner Diurese verschwand, als das Medicament ausgesetzt wurde und sofort bei Wiederdarreichung des Medicamentes sich wieder einstellte. Bei Herzschwäche hält Verf. das Conchinin für contraindicirt.

Hydrochinon, das Paraderivat des Benzols, ist in methodischen Gebrauch zuerst vom Verf. gezogen worden; es ist im Aussehen dem Natr. salicylic. ähnlich und löst sich nicht vollständig in kaltem, dagegen schnell und vollständig in kochendem Wasser. Es wurde bei Infectionskrankheiten und bei Erkrankungen der Athmungsorgane angewandt, und zwar bei kleinen Kindern in Dosen von 0,3—0,5, bei älteren in Dosen von 0,75—1 gr mehrmals täglich. Das Mittel zeigte fast immer eine prompte Wirkung, indem die Temperatur durchschnittlich um 1,5° herabgesetzt wurde. Die Wirkung des Hydrochinons auf die Pulsfrequenz war keine constante, die Pulsverlangsamung trat evident nur bei den entzündlichen Erkrankungen der Athmungsorgane zu Tage, während die Wirkung des Mittels auf die Pulsfrequenz bei Typhus und Scharlach nur eine sehr mässige war. Unangenehme Nebenwirkungen zeigten sich nur in dem fast regelmässig nach Darreichung des Mittels ausbrechenden mehr oder weniger reichlichen Schweisse, in seltenen Fällen in dem Auftreten von Erbrechen und in mässigem Collaps; andere unbequeme Nebenwirkungen, welche nach Darreichung von Natr. salicylic. beobachtet werden, wie ein Gefühl von Trockenheit im Munde und Schlunde, Sausen in den Ohren und Schwerhörigkeit, Delirien, traten bei Hydrochinon nicht auf. Der Urin zeigte schon nach der ersten Gabe charakteristische Veränderungen, er sah schmutzig braun oder grünbaun aus und zeigte in der Farbe Aehnlichkeit mit Carbolurin, fast dieselbe Farbenveränderung zeigte auch der Stuhl. Nach Aussetzung des Mittels nahmen Stuhl und Urin bald wieder ihre normale Färbung an.

Verfasser ist der Meinung, dass das Hydrochinon ein zuverlässiges Antipyreticum ist, welches sich den übrigen erprobten Antipyreticis ebenbürtig an die Seite stellt.

Kohts (Strassburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Der dritte Jahrgang
umfasst 39 Bogen incl.
Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg.
13 M. 50 Pf., zu beziehen
durch alle Buchhandl.
und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle,
Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler,
a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **29. April.** **Nro. 4.**

43. **Henoch, Zur Pathologie der Masern.** (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 13.)

In der vorjähr. Berliner Masernepidemie beobachtete Vf. folgenden Fall. Ein früher gesundes 4 jähriges Mädchen erkrankte an Masern; die ersten beiden Tage der Entwicklung des Exanthems verliefen vollständig normal, mit der einzigen Ausnahme, dass nach der Vollendung der Eruption am Abend des zweiten Tages das Fieber bestehen blieb. Am dritten Tage bildeten sich auf der ganzen Körperoberfläche mehr oder weniger dicht stehende Blasen, an einzelnen Stellen von der Grösse einer Haselnuss; an anderen eines Thalers und noch darüber. Am 4. Tage sah man beide Wangen von je einer einzigen mit gelblichem Serum halb gefüllten Blase eingenommen; ebenso waren beide Handrücken von einer einzigen solchen Blase bedeckt. Das Masernexanthem, welches zwischen den an einzelnen Stellen dicht gedrängten Blasen sichtbar war, zeigte hämorrhagische Beschaffenheit. Das Gesicht

war stark gedunsen, die Wangen und die Lippen in den folgenden Tagen so geschwollen, dass die Mundhöhle nicht zu untersuchen war; die Lippen waren stark mit Borken belegt. Die Blasen bestanden auch an von Masernexanthem vollständig freien Stellen. Das Fieber, welches bis dahin von mässiger Höhe war, stieg am 7. Tage plötzlich über 40°; man constatirte eine fibrinöse Pneumonie des rechten Unterlappens, an welcher das Kind am 8. Krankheitstage zu Grunde ging.

Verf. findet ähnliche Fälle nur 3 mal in der Literatur erwähnt; zweimal waren mehrere Mitglieder einer Familie erkrankt. Auch in diesen Fällen war die Blaseneruption von dem Masernexanthem insofern unabhängig, als sie einmal dem Morbillenausschlag vorausging, ein anderes Mal noch während der Desquamation am 13. Tage wiedererschien.

Verfasser glaubt nicht eine anomale Exsudationsäusserung der Morbillen, sondern eine eigentliche Complikation mit in contagiöser Form schon beobachtetem acutem Pemphigus vor sich zu haben. Dafür spricht die Unabhängigkeit von dem Masernausschlag und das Auftreten mehrerer Fälle in einer Familie. Die Prognose sei nach den bisherigen Erfahrungen schlecht zu stellen.

Kohts (Strassburg).

---

44. **Dr. Karl Huber, Ein unvorhergesehener Zwischenfall bei Impfpocken.** (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 10. 1882.)

11 3/4-jähr. Mädchen, hereditär nicht belastet, stets gesund, wird den 20. Juni 1880 von Dr. Witzendorf mit einer grösseren Anzahl anderer Kinder am linken Arm geimpft. Bei den übrigen Kindern regelrechter Verlauf der Impfung. Unsere Pat. spürt desselben Nachmittags ziehende Schmerzen im linken Arm. Des folgenden Tages vollkommenes Wohlbefinden; doch im Verlauf des Nachmittags neben starkem Erbrechen plötzliche Lähmung des rechten Armes und Beines. Am 29. Juni konnte eine rechtsseitige lähmungsartige Schwäche mit Sprachstörung constatirt werden; Pat. fieberte wenig, war sehr schwach, ohne Appetit. Sämmtliche Symptome nahmen zu, es traten Kopfschmerzen und zeitweilige Unbesinnlichkeit auf und am 16. Juli erfolgte der Tod. An der Impfstelle und axillaren Lymphdrüsen während der ganzen Zeit keine abnorme Reaktion. 3 Tage post mortem wurde von H. die Sektion vorgenommen.

Impfstelle und Umgebung nicht entzündet; benachbarte Lymphdrüsen intakt. Im linken Linsenkern und Sehhügel wird ein Gliom mit seinen secundären Veränderungen, der weissen Erweichung, Oedem der Meningen und Hydrocephalus intern. constatirt.

Dieses musste also mit seinen secundären Veränderungen als ausschliessliche Causa morbi et mortis angesehen werden und das Zusammentreffen mit der Impfung war nur ein zufälliges.

Verfasser betont das verhältnissmässig seltene Vorkommen der Gliome der Cerebro-spinalaxe im Kindesalter, während die des Auges häufiger sind.

Nicht uninteressant ist weiterhin der plötzliche apoplexie-artige Beginn. Es war zunächst an eine frischere meningeale Affection auf specif. Basis zu denken.

Menche.

---

45. **Besnier, Rheumatisme cérébral avec complications cardiaques et pleuro-pulmonaires, traité par les bains froids.** Gelenkrheumatismus mit Gehirnerscheinungen, complicirt durch Erkrankung des Herzens, der Lungen und Pleura, behandelt mit kalten Bädern. (L'Un. méd. Nr. 17 und 18.)

Ein bis dahin gesunder, kräftiger Mann von 26 Jahren erkrankt im Juni 1881 an Gelenkrheumatismus der Ellbogen- und Kniegelenke. Der Gebrauch von Natr. salicyl. (2—7 gr pro die) führt Besserung herbei. Anfangs August erneuter Anfall, der allmählich sämmtliche Extremitätengelenke ergreift. Fieber und Anschwellung der Gelenke mässig. Chin. sulfur. 0,6—0,8 pro die, Diuretica, Purgantien, schmerzstillende Einreibungen der Gelenke. Am 16. August lassen die Schmerzen in den Gelenken plötzlich nach, so dass der Kranke Arme und Beine bewegen kann und sich geheilt glaubt. Am Abend stärkeres Fieber, Aufregung, Delirium. An den folgenden Tagen Verschlimmerung. Typhöser Zustand, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, grosse Aufregung. Temperatur bis 41° steigend, Puls und Respiration stark beschleunigt. Sehnenhüpfen, Cyanose des Gesichts und der Lippen. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt links hinten beginnende Pleuritis, Congestion beider Lungen, an der Herzspitze blasendes Geräusch. Die eingeschlagene Therapie (Vesicantien an den Gelenken und in die Herzgegend, Digitalis, Natr. nitr., kalte Waschungen) blieb ohne Erfolg. Am 19. Aug. Temperatur 41,4° C., Puls 140, Resp. 42, drohender Collaps. Der Kranke wird in ein Bad von 24° C. gesetzt und ½ Stunde darin gelassen. Im Bade Abnahme der Cyanose, nach demselben Temp. 37,0°, Puls 100. Eine halbe Stunde später Temp. 39,0°, Puls 110, Resp. 28. Das Geräusch an der Herzspitze ist verschwunden. Die Bäder werden fortgesetzt, 3 mal pro die. Das Fieber fällt continuirlich, das Delirium mit vollständiger Schlaflosigkeit bleibt bis zum 4. Tage, dann langer, ruhiger Schlaf, nach welchem rasch voranschreitende Reconvalescenz eintritt. Die Bäder wurden vom 4. Tage an ausgesetzt. Die Erscheinungen von Seiten der Lungen und Pleura durch die Bäder in keiner Weise beeinflusst. Nach Aussetzen derselben vorübergehende, geringe Verschlimmerung, darauf ebenfalls Besserung. Während der Reconvalescenz traten nochmals Schmerzen in den afficirt gewesenen Gelenken auf, die bald spontan nachlassen. Bemerkenswerth

das „Mal perforant" und die von Charcot zuerst beschriebenen Arthropathien der Tabischen. Diese kürzlich auch von Westphal geschilderten Gelenkaffektionen, die sich von der Arthritis deformans durch das plötzliche Auftreten, durch den rapiden Verlauf und das Uebergreifen des Knochenmarkes von den Epiphysen auf die Diaphysen unterscheiden, können nicht von traumatischen Läsionen in Folge der unkoordinirten Bewegungen abgeleitet werden, da sie gewöhnlich sich schon vor der Ataxie einstellen; sie sind vielmehr wahrscheinlich von der Spinalaffektion abhängig, wofür auch das Vorkommen gleicher oder ähnlicher Arthropathien bei acuter Myelitis, progress. Muskelatrophie und anderen RM.-Affektionen spricht. Charcot und Westphal haben mehrfach bei Tabes diese Arthropathien gleichzeitig mit Spontanfrakturen beobachtet, so dass eine nahe Beziehung zwischen ihnen und ihr gemeinsamer neurotischer Ursprung sehr wahrscheinlich ist. Möglicherweise sind sie auf Veränderungen der grauen Substanz der Vordersäulen oder der Spinalganglien, die Charcot in solchen Fällen gefunden, zu beziehen.

Der von B. selbst beobachtete Fall betraf eine 57jähr. Pat., die seit 20 Jahren rückenmarksleidend, seit 5 Jahren wiederholt mit ausgeprägter Tabes dorsalis auf die medic. Klinik aufgenommen wurde, vor 3 Monaten ohne bekannte Veranlassung eine Spontanfraktur in der Mitte des rechten Vorderarmes und vor 6 Wochen beim Heben einer Schüssel dieselbe Affektion linkerseits bekam. Die erste Fraktur heilte in 10, die zweite in 6 Wochen. Beide Oberextremitäten waren deutlich ataktisch.

Stintzing (München).

---

48. **Prof. Dr. Moriz Benedikt, Ein Wort zur Frage der Nervendehnung bei spinalen Affektionen.** (Wiener Medic. Presse 1882. Nr. 13 und 14.)

Gegen den Satz, dass graue Degeneration der Hinterstränge eine Zerstörung der betreffenden Nervenfaserung bedeute, sprechen alle die Fälle von Ataxie, in welchen bei geeigneter Behandlung eine weitgehende Heilung eintrat. Der vom Verf. (Centralblatt f. Nervenheilk. 1882 Nr. 2) mitgetheilte Fall beweist, dass bei fortbestehender grauer Verfärbung eine hochgradige Ataxie geheilt werden kann, ebenso ein Fall von Erb-Schultze.

Bei der Frage nach den Erfolgen und Misserfolgen der Nervendehnung bei Tabes sind zunächst die Vorfragen zu entscheiden, welche Nerven am besten gedehnt werden und ob eine verschiedene Indikation für verschiedene Fälle vorliege. So lange dies nicht geschieht, „beweisen die partiellen Dehnungen mit negativem Erfolge nichts". Wenngleich nicht bestritten werden kann, dass bei vielen Fällen von Tabes die Operation nutzlos sei, so spricht doch jede positive Erfahrung für die Wirksamkeit derselben.

Der Nachtheil, dass durch die Dehnung die Muskeln geschwächt werden, verschwindet allmählich und „ist in den positiven Fällen minimal gegen die positiven Vortheile und von vorübergehender Bedeutung bei den negativen“.

Es ist die Sache derer, denen positive Resultate zur Verfügung stehen, die Leistung der Operation zu schützen. B. verweist in dieser Beziehung auf seine in der Wiener Med. Presse (1881, Nr. 39—47) mitgetheilten Fälle. In der 1. Beobachtung war die Ataxie vollständig verschwunden. Ein 2. Patient (Telegraphenbeamter) funktionirt wie seine gesunden Kollegen und hat seit der Publikation keine Schmerzen und Beklemmungen mehr bekommen. In einem 3. Falle sind seit 1 Monat nach der Operation die Schmerzanfälle total ausgeblieben. Von den Fällen von Tabes, die B. neuerdings gedehnt hat, werden 3 erwähnt. 1. Fall: Dehnung des einen Ischiad. — Verschwinden der tabetischen Symptome. 2. Fall: Dehnung des R. Ischiad. und Radialis, des L. Cruralis — Schmerzen bis auf leise Mahnungen vergangen, Anästhesie und Ataxie der Arme und Beine wesentlich gebessert. 3. Fall mit kolossaler Ataxie: Dehnung beider Ischiad. am 23. Dezember, — Neuralgien bis auf Spuren verschwunden, am 19. Jan. konnte der Pat., an einer Hand geführt, gehen. — In 4 Fällen von Seitenstrangsklerose beobachtete B. bald rasch nach der Operation, bald erst nach mehreren Wochen, Verschwinden der Krämpfe, während die Lähmungen grösseren Widerstand leisteten.

Stintzing (München).

---

49. **Dr. F. Richter** (Sonneberg in Th.), **Ueber nervöse Dyspepsie und nervöse Enteropathie.** (Berliner klin. Wochenschrift 1882, Nr. 13 und 14.)

Ueber nervöse Dyspepsie existiren nur zwei Veröffentlichungen, eine Skizze von Beard und Rockwell und eine wissenschaftliche Abhandlung von Leube. Verf. theilt 10 Fälle von central bedingten nervösen Verdauungsbeschwerden mit und knüpft daran folgende Betrachtungen.

Die nervösen Magen- und Darmbeschwerden können von den verschiedensten funktionellen und organischen Krankheiten des Nervensystems, sowie von peripheren Neurosen des Verdauungstraktus abhängen. Die mit nervöser Dyspepsie und Enteropathie einhergehenden centralen Symptome sind: Kopfschmerzen von verschiedenem Sitz und Intensität, Schwindel, Schlaflosigkeit, Gesichts- und Gehörsstörungen, Anomalien der Stimmung, hohe Erregbarkeit, Depression, Hypochondrie, Beängstigung, Gedächtnissschwäche, Herzklopfen, Rückenschmerz, Neuralgien, Krämpfe, Lähmungen, vasomotorische Störungen, abnorme Sensationen etc.; die Magen- und Darmsymptome: Appetitlosigkeit, normaler oder übermässiger Appetit, belegte oder reine Zunge, Katarrh des Magens

oder neurotische Störungen ohne Katarrh, wie Schmerz, Krampf, lähmungsartige Zustände, dyspeptische Erscheinungen, Heisshunger, Sodbrennen, abnormes Durstgefühl; bei Druck meist wenig Schmerz; Aufgetriebensein, Kollern, Gefühl des Vollseins; Aufstossen, Uebelkeit, Erbrechen bei nervöser Enteropathie Obstruktion, normaler Stuhl oder Diarrhoe, Neuralgien, Krampf, abnorme Gasentwicklung, Stuhldrang etc. Von den bekannten Magen- und Darmerkrankungen (chron. Katarrh, Carcinom, Ulcus etc.) unterscheiden sich die geschilderten Affektionen durch die begleitenden Reizzustände des Gehirns und Rückenmarks, durch die oft fehlenden oder nur geringen katarrhalischen Veränderungen, durch das Fehlen der Druckschmerzhaftigkeit, sowie dadurch, dass leicht verdauliche Diät meist keinen bessernden Einfluss ausübt. Die Verdauung vollzieht sich öfters unter Beschwerden, erleidet aber keine Störung. Endlich ist charakteristisch das von Stimmungen abhängige wechselvolle Bild der Erkrankung.

Das Auftreten der nervösen Dyspepsie und Enteropathie in Folge von Veränderungen der peripheren Innervation ist nach R.'s Erfahrung selten. Magen- und Darmerkrankungen können zu Ernährungsanomalien und dadurch zu Störungen der Centralorgane, diese wiederum sekundär zu den hier besprochenen Erkrankungen führen; oder es entstehen reflektorisch bei Erkrankungen der Magen- und Darmnerven Beschwerden des Centralnervensystems und nervöse Dyspepsie, wenn bereits nervöse Disposition vorhanden ist.

Der Ansicht Leube's, dass bei rein nervöser Dyspepsie die gesteigerte Erregbarkeit der Magennerven während der Verdauung nicht ein Symptom sei, sondern den eigentlichen Kern der Krankheit bilde, kann Verf. nur für Ausnahmsfälle beistimmen; vielmehr führt er aus seinen Beobachtungen Beweise dafür an, dass die Erscheinungen nervöser Dyspepsie und Enteropathie vielfach als sekundäre Symptome von primären Hirn- und Rückenmarkserkrankungen aufzufassen sind.

Bezüglich der genaueren Lokalisation central bedingter nervöser Magen- und Darmbeschwerden im Gehirn existiren mehr Vermuthungen als positive Beweise. Erbrechen kommt bei dem verschiedensten Krankheitssitz, am häufigsten bei Lokalisationen in der Nähe der Medulla oblong. vor (Nothnagel). Als Ausgangspunkt der pathologischen Brechbewegungen ist nach Eulenburg das in der Med. oblong. befindliche Koordinationscentrum der beim Brechakt betheiligten Athemmuskeln zu betrachten. Nach den Versuchen von Schiff und Brown-Séquard treten in Folge von traumatischer Reizung der Sehhügel, der Streifenhügel, der Brücke, des Bulbus im Magen bald einfache Hyperämie, bald Ekchymosen auf.

Was die Lokalisation der nervösen Magen- und Darmerkrankungen im Rückenmark anlangt, so gibt Leyden an, dass Magenleiden am häufigsten ihren Schmerzpunkt am 4. Brustwirbel haben. Auch aus mehreren von des Verf.'s Fällen ist eine Beziehung zu den unteren Hals- und oberen Brustwirbeln ersichtlich. Aus diesen und anderen Angaben in der Litteratur (Erb, Eulenburg, Leyden, Goltz, Ebstein, Koch und Ewald) geht hervor, „dass die unteren Cervikal- und oberen Dorsaltheile des RM. in Bezug auf central bedingten Sitz von Magen- und Darmerkrankungen von Wichtigkeit sind“.

In Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens nervöser Dyspepsie und Enteropathie erwähnt Verf. die Angabe von Beard und Rockwell, dass unter 10 Dyspepsien der besseren Klassen in Amerika 9 nervöser Natur seien. R. selbst hat beobachtet, dass bei centralen Nervenerkrankungen ca. 20% an nervösen Magenbeschwerden und ein ungleich grösserer Prozentsatz an nervösen Darmbeschwerden leide.

Die Diagnose nervöser Dyspepsie betreffend verweist R. auf Leube's Arbeit; die Diagnose nervöser Enteropathie stützt sich auf das gleichzeitige Vorhandensein centraler Neurosen und die anderen besprochenen Gesichtspunkte.

Die Prognose für central bedingte Verdauungsbeschwerden ist dieselbe wie bei Hirn- und Rückenmarkskrankheiten, insbesondere von der organischen oder funktionellen Natur des letzteren abhängig.

Die Therapie richtet sich hauptsächlich gegen die ätiologischen Momente, unter Wahl der Kurmethode je nach entzündlicher oder funktioneller Natur des Grundleidens. Hauptsächlich wird das roborirende Verfahren empfohlen, insbesondere die die Cirkulation anregenden und die umstimmenden Methoden des kühlen Wasserheilverfahrens in Verbindung mit richtigen diätetischen Massregeln (kräftige Kost, gute klimatische Pflege etc.); dann die örtlich umstimmenden Einwirkungen der Elektricität, aktive und passive Regelung der Bewegungssphäre, psychische Hilfe etc. Kontraindicirt sind Entziehungskuren, insbesondere die Karlsbader Kur, von welcher R.'s Fälle eine Reihe von Misserfolgen verzeichnen.

Stintzing (München).

---

50. **Wilhelm Hack, Ueber oberflächliche Exkoriationen an der Zunge.** (Monatshefte für prakt. Dermatologie Nr. 2.)

Trotz der fast obligatorischen Beobachtung, der die Zunge von Seiten des Praktikers ausgesetzt ist, sind chronische Exkoriationen in Gestalt von unregelmässigen, hochrothen Flecken, auf denen das Epithel verdünnt, die Papillen hyperämisch und geschwollen erscheinen, noch wenig beobachtet. Erst in der allerneuesten Zeit fand diese Affektion ausführliche Bearbeitung von Caspary und Unna, Parrot in Frankreich — erstere betonen die Unabhängigkeit des Leidens von Syphilis, letzterer spricht die Affektion als eine hereditär syphilitische an.

Verf. theilt Fälle mit, in denen er bei zwei Familien das Leiden durch drei Generationen hindurch verfolgen und Syphilis bestimmt ausschliessen konnte.

1. Grossmutter und Mutter zeigen auf der Höhe des Zungenrückens mehrere kreisrunde, seichte Exkoriationen, nur durch den vertieften Grund von der Zungenschleimhaut abgesetzt; am Rande und an der Spitze eine Reihe ovoider, vertiefter Stellen, von einem gelbfarbigen Rande eingeschlossen und bedeckt von stark gerötheten und geschwellten

papillae fungiformes. Von den 4 Kindern zeigten ein Knabe und ein Mädchen hochrothe Exkoriationen ohne gelblichen Rand.

Die kleineren, gleichmässig rothen Exkoriationen veränderten sich nicht, die gelbumrandeten wechselten durch kontinuirliches Vorschieben sehr langsam ihre Stelle.

Die subjectiven Beschwerden waren entweder sehr gering oder bestanden im heftigen Brennen beim Genuss saurer Speisen und in einer gewissen Schwerbeweglichkeit der Zunge. Syphilis nicht nachzuweisen.

2. Bei einer 30 jähr. Dame bestand Nervosität, sich kundgebend durch eine bei jeder Erregung auftretende Fistelstimme (dieselbe bei der Mutter der 1. Reihe ebenfalls vorhanden). An der unteren Zungenfläche gelblich umrandete Exkoriationen, an den Rändern gelbe wellige Linien. Auf der Zungenoberfläche hoben sich die Papillae fungiformes mit rother Kuppe von glatter weisslicher Unterlage ab. Verf. hatte den Eindruck, als wenn die papill. filiformes kaum entwickelt seien. Beschwerden bestanden im heftigen Brennen selbst bei wenig reizenden Speisen. Vater der Pat. hatte flache rothe Exkoriationen ohne subjective Beschwerden. Ein Bruder der Pat., an luëtischer Roseola behandelt, zeigte vollständig normale Zunge. Ein 2. Bruder soll an Zungenbeschwerden leiden, eine 3 jähr. Schwester wieder rothe Exkoriationen, während bei einem 1 jähr. Mädchen, das sehr mit der Dentition zu schaffen hatte, sich nichts vorfand.

Aus seinen Beobachtungen zieht Verf. folgende Schlüsse: Hereditäre Lues muss als veranlassendes Moment ausgeschlossen werden. Die Neigung zu Exfoliationsprocessen an der Zunge ist fakultativ, nicht obligatorisch vererbbar. Schwierige Dentition und acquirirte Lues brauchen nicht — selbst bei hereditärer Anlage — zu diesen Processen zu führen. Gelbumrandete Exkoriationen schreiten continuirlich weiter, nicht sprungweise (Unna und Caspary) und wurden nur beim weiblichen Geschlecht beobachtet; von 600 Soldaten fanden sich 12 mal rothe Exkoriationen, nie gelbumrandete.

Menche.

---

51. **Skobel** (Krakau), **Ein Fall von tuberculösen Pharynxgeschwüren.** (Przeglad lekarski 1881. Nr. 49 und 51. polnisch.)

Bei einem 40 jähr. Kranken ergab die Untersuchung Folgendes: Der ganze weiche Gaumen, die Uvula, die Arcus palato-glossi, beide Tonsillen sind mit oberflächlichen, linsengrossen, so dicht gedrängten Geschwüren bedeckt, dass sie an vielen Stellen gleichsam ein grosses, mit graugelbem, speckartigem, fest anhaftendem Exsudat bedecktes Geschwür bilden. Daneben zerstreut auftretende, kleinere Geschwüre zeigen auf ihrem hie und da unebenen Grunde wenig zahlreiche Papillen und sind mit gräulicher Exsudatmasse überzogen; ihre Ränder sind uneben, wie angenagt und in der Peripherie mit vielen gelben,

miliaren, mit Epithel bedeckten Knötchen besetzt. Die Geschwürsfläche zeigt nirgends eine bedeutendere Infiltration. Die Geschwüre an der Uvula sind tiefer und derart unregelmässig, dass sie der letzteren eine förmliche Stalaktitengestalt verleihen. Grosse Schmerzen beim Schlingen. — Die laryngoskopische Untersuchung erwies: Die Epiglottis 4-fach verdickt, mit geschwürigen Rändern, gekerbt, an ihrer linken Hälfte von einigen gelben, mohnkorngrossen Punkten durchsäet; der Kehlkopf ist mit Schleim gefüllt. — Infiltration beider Lungenspitzen, mässiger Ascites, im Harn Eiweiss und etwas Eiter und Blut. Temp. 38,7, Puls 116.

Die Diagnose auf tuberculöse Rachengeschwüre wurde zum Theil via exclusionis gestellt, wobei man sich auch auf die relative Flachheit der Geschwüre, ihre ausgenagten Ränder, Mangel an Infiltration der Basis, Anwesenheit kleiner Knötchen in der Peripherie, Blässe der Schleimhaut und die heftigen Schmerzen beim Schlingen stützte. Nach Verf. erlaubten diese Eigenschaften keine Verwechselung mit anderen Geschwüren. Man war geneigt, die Veränderungen im Rachen im Verhältniss zu der Lungenaffection für primär anzusehen.

Der Zustand des Kranken verschlimmerte sich rapid, das Fieber nahm bedeutend zu, am 11. Beobachtungstage fiel die Uvula spontan ab, Tags darauf exitus lethalis. — Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die tuberculöse Natur der Pharynxgeschwüre, dabei erwies aber die Section ausgedehnte Destructionsprocesse in beiden Lungen, so dass die intra vitam ausgesprochene Auffassung von der chronologischen Entwicklung der Lungen- und Rachenerkrankung sich als unhaltbar erwies. Ausserdem fand man bei der Section: ein tuberculöses Geschwür im Dickdarm, Tuberculose der Leber, Amyloidentartung des Herzens, der Leber, der Milz, der Nieren und chronischen morb. Brightii.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien.)

---

52. **Prof. Fürbringer** (Jena), **Proctitis durch 235 Pflaumenkerne.** (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 10. 1882.)

Eine 49 jähr. Arbeiterin wird mit der Diagnose Syphilis in die Landesheilanstalt geschickt. Anamnese ergab: seit mehreren Wochen Schmerzen im After, unwillkürliche dünne Stühle, dyspeptische Erscheinungen und Abmagerung. Bei der Untersuchung fand sich: ausgedehnter Decubitus am R. Sitzknorren. Analgegend durch mehrfarbige, jauchig-fäcale Massen besudelt, nach deren Entfernung ein monströser, mit flacher Ulcera besetzter Ring entzündeter Varixknoten sichtbar wurde. Der in den After leicht eingeführte Finger entleerte 98 Pflaumenkerne, ausserdem Bindfadenstücke, Fruchtschalen, Pflaumenstiele und zahlreiche, zum Theil umfängliche gallertig-schleimige Fetzen, ähnlich geschlagenem Hühnereiweiss, alles umgeben von aashaft stinkender

hämorrhagischer Flüssigkeit. Die chemische Untersuchung dieser schleimigen Massen ergab Mucin und einen Eiweisskörper, zu den Globulinen gehörig. Mikroskopisch: Bakterien, grosse Rundzellen, Cylinderepithelien, letztere vergrössert, verfettet oder im Zustand der Nothnagel'schen Verschollung, Detritus, erhaltene und zerfallene rothe Blutkörperchen.

Rectum wird ausgespült und die Schleimhaut erscheint durch das klaffende Orificium dunkelblauroth, geschwellt und steif anzufühlen. Speckig belegte Ulcera und blutende Erosionen, nur im Bereich der Divertikel, in denen Steine eingeklemmt gewesen waren, tiefere Geschwüre. Doch keine Erscheinung von Periproctitis.

Nach 2 Tagen werden weitere 137 Kerne auf dieselbe Weise entleert. Pat. gesteht jetzt, erst vergebens gebettelt und durch grossen Hunger gezwungen, von einem zur Musbereitung bestimmten Pflaumenhaufen die Früchte mit Stiel, Haut und Kernen verschlungen zu haben.

Klysmata und Ricinusöl bewirken enorme Entleerung dunkelbrauner Fäcalmassen unter Nachlass der Schmerzen und des geringen Fiebers, welches bestanden hatte. 3 Wochen hielten noch die unwillkürlichen Entleerungen an, hierauf begann der Sphincter wieder zu functioniren. Pat. sieht geheilt ihrer baldigen Entlassung entgegen.

Verf. macht zum Schluss darauf aufmerksam, wie unglaubliche Zumuthungen unser Darmtractus aushalten kann. 235 Pflaumenkerne passiren ohne wesentliche Beschwerden Magen und Dünndarm und statt Verschwärung, Perforation, septischer Phlegmone resultirt eine heilende Proctitis und Koprostase.

Zwei bis jetzt minder hervorgehobene Symptome sind zu vermerken:

1. Der paradoxe Durchfall, d. h. Abgang flüssiger Massen bei Darmocclusion.

2. Totale Lähmung des Sphincter, der, nach Verf., die Retention des Wundsecretes hinderte, und so den günstigen Verlauf bewirkte.

Menche.

---

53. **Bitterlin, Occlusion intestinale. Massage de la region abdominale. Guérison.** Darmverschluss. Massage des Abdomens. Heilung. (L'Union méd. Nr. 37.)

Ein 56 jähr. Mann erkrankte in der Nacht plötzlich an heftigen Koliken; ein Diätfehler war nicht vorhergegangen und am Tage vorher regelmässiger Stuhlgang dagewesen. Im Laufe der folgenden Tage Fortdauer der Schmerzen, allmählich zunehmende Auftreibung des ganzen Leibes, Erbrechen von anfangs schleimig-galligen, später faeculenten Massen, Verstopfung. Hernien waren nicht vorhanden, auch an keiner Stelle des Leibes ein Tumor nachzuweisen. Da alle Mittel (Drastica, Narcotica, Eis, Klysmata etc.) unwirksam blieben und der Kranke

collabirte, versuchte Verf. eine kräftige Massage des ganzen Unterleibs. Dabei entstand ein stark gurgelndes Geräusch und bald erfolgte Stuhlgang. Denselben günstigen Erfolg der Massage sah B. in einem andern Fall von totalem Darmverschluss, in dem ebenfalls alle gebräuchlichen Mittel im Stiche gelassen hatten.

Brockhaus (Godesberg).

---

54. R. v. Jacksch, Ueber das Vorkommen mit Eisenchlorid sich färbender Harne beim Diabetes und bei acuten Exanthemen. (Zeitschr. f. Heilk. 1882. Bd. III. H. 1.)

In Bezug auf das Verhalten der Eisenchloridreaction bei Diabetes fand Verf. folgendes:

1. In allen Fällen, wo die Kranken unter comatösen Erscheinungen zu Grunde gingen, zeigte sich die Reaction.
2. Sie trat jedoch auch sehr häufig im Harne auf, ohne dass comatöse Erscheinungen zu constatiren waren.
3. Das Auftreten derselben zeigte sich unabhängig von der Nahrung, insbesondere auch von der Diabetikern häufig gereichten Fleischkost.
4. Weder die Einführung gewisser Medicamente, noch der Acetessigaether und Aceton können das Auftreten der Reaction bewirken.

In Betreff des Vorkommens der Eisenchloridreaction bei andern Krankheiten insbesondere bei acuten Exanthemen stellt Verf. folgende Sätze auf:

1. Nicht nur bei Diabetes, sondern auch bei andern und vorzüglich bei acuten Krankheiten tritt bisweilen ein mit Eisenchlorid sich rothfärbender Körper im Harn auf.
2. Das Verschwinden des Körpers aus dem Harn beim Kochen, das Uebergehen der Substanz aus angesäuertem Harn in Aether, das Verschwinden der Reaction beim Stehen unterscheidet sie von andern Substanzen (Rhodankalium, die ameisensauren und essigsauren Salze; Phenol, Salicylsäure), die gleichfalls ähnliche Farbenreactionen mit Eisenchlorid geben.
3. Der kindliche Organismus scheint besonders geneigt, den Körper zu produciren.

Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

55. **R. v. Jacksch, Ueber febrile Acetonurie.** (Prager medicin. Wochenschr. Nr. 40. 1881.)

In einer vom 27. September 1881 datirten Mittheilung macht uns Verf. mit Folgendem bekannt:

1. Rothfärbung des Harns mit Eisenchlorid tritt nicht allein bei Coma diabeticum, sondern auch manchmal im Verlauf des Diabetes bei Abwesenheit comatöser Ercheinungen, ferner im Eruptionsstadium einiger acuter Exantheme ein.

2. Das Auftreten der Lieben'schen Jodoformreaction im Harn steht mit der Gegenwart eines die Eisenchloridreaction veranlassenden Körpers in keinem directen Zusammenhang.

3. Eine gleich intensive Jodoformreaction tritt ganz regelmässig in den Destillaten von Fieberharnen ein. Ihre Intensität ist abhängig von der Höhe des Fiebers.

4. Das Auftreten dieses die Jodoformreaction gebenden Körpers ist einzig und allein bedingt durch das Fieber, ganz unabhängig vom Krankheitsprocess, nur der Diabetes mellitus bildet eine Ausnahme.

E. Schütz (Prag).

---

56. **Szpilman, Beobachtungen über die Wirkung des Atropins.** (Sep.-Abdruck aus der Gazeta lekarska 1881. polnisch.)

Die Untersuchungen vieler Beobachter haben die auffallende Erscheinung ergeben, dass mehrere Alkaloide (Atropin, Pilocarpin, Physostigmin, Nikotin) die Iris bei Säugethieren, Amphibien und Fischen stark beeinflussen, während sie bei Vögeln und Reptilien ohne diesbezügliche Wirkung bleiben. Diese scheinbar widersprechende Thatsache, dass dieselben Mittel auf gleiche Organe bei verschiedenen Thieren verschieden einwirken, suchte man durch die Annahme zu erklären, dass diese Wirkungsverschiedenheit vielleicht auf verschiedenen anatomischen Bau der Iris zu beziehen sei, dass namentlich glatte Muskelfasern sich hier anders verhalten könnten als quergestreifte. Um diese Frage zu lösen und die genannte Hypothese wissenschaftlich zu begründen, unternahm Verf. zahlreiche Untersuchungen über den Einfluss des schwefelsauren Atropins auf das Verhalten des Oesophagus bei Fröschen (glatte Muskelfasern), Kaninchen (quergestreifte), Tauben und Katzen (gemischte Muskeln). Die erhaltenen Resultate formulirt Verf. wie folgt:

Durch Atropin werden die quergestreiften Muskeln, mit Ausnahme des Herzmuskels, nicht beeinflusst.

Atropin verringert in kleinen Dosen die Reizempfänglichkeit der glatten Muskeln, in grossen Gaben lähmt es dieselben; es ist also das Curare für derartige Muskeln.

Bevor es die Substanz der glatten Muskelfasern selbst lähmt, wirkt es zuerst paralysirend auf die letzten Endigungen der centrifugalen Nerven, oder, was wahrscheinlicher, auf die sogen. Zwischenganglien.

Es reizt niemals diese Gebilde und erhöht nie die Reizempfänglichkeit derselben.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

57. **Koch** (Wiesbaden), **Das Chinolinum tartaricum, das neue Ersatzmittel des Chinins, als Heilmittel gegen den Keuchhusten.** (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 13.)

Unter allen Keuchhustenmitteln nimmt das Chinin noch immer den ersten Platz ein. Nach den Erfahrungen des Verf. ist das Chinin. muriat. innerlich in Sol. oder noch besser als Inhalation gebraucht im Stande, die Intensität der einzelnen Anfälle in mässigen Grenzen zu halten und in ca. 4 Wochen das Ende der Erkrankung herbeizuführen. Allein der sehr schlechte Geschmack und der hohe Preis desselben machen das Mittel nicht immer anwendbar und veranlassten Verf. deshalb, das ihm physiologisch ähnliche Chinolin. tart. einer Prüfung zu unterwerfen. Die Dose war gewöhnlich 0,25—1,0. Verf. benutzte meist folgende Formel:

Chinolin. tart. 1,0
Aq. dest.
Syr. simpl. āā 75,0
S. 3. stdl. 1 Esslf.

Das Mittel wurde im Ganzen ohne Widerstand genommen, der Preis beträgt ca. $^1/_5$ von dem des Chinin.

Ueber 85 Fälle existiren genaue Aufzeichnungen. Unter denselben sind 9 unter 1 Jahr, 18 zwischen 1 und 2 Jahren, 10 zwischen 2 und 3 Jahren, 13 von 3—4 Jahren, 15 von 4—5 Jahren, 19 zwischen 5 und 10 Jahren, und 1 über 10 Jahren. Von diesen war 3mal die Krankheit in höchstens 1 Woche vollständig beseitigt, bei 13 Pat. innerhalb 2 Wochen, 21 mal in 3 Wochen, 19 mal bis zu 4 Wochen, 9 mal in 5 Wochen, 7 mal in 6, 7 mal in 7, 2 mal in 8, 1 mal in 10, 2 mal in 11 und 1 mal in 12 Wochen, also im Durchschnitt in etwas mehr (4,2) wie 4 Wochen erledigt. Wo die höheren Zahlen über die Dauer der Erkrankung notirt sind, finden sich in den meisten Fällen Anhaltspunkte für das scheinbare Ausbleiben der Arzneiwirkung. Entweder war die Chinolinbehandlung nicht von Anfang an durchgeführt oder es finden sich intercurrente Krankheiten notirt oder es handelt sich um hochgradig rhachitische und scrophulöse Kinder. Fast in allen Fällen war zunächst eine Milderung der Anfälle, später auch eine Ver-

ringerung der Zahl derselben bemerkbar. Der eigentliche Keuchhustencharakter schwindet schnell und gewinnt bald das Bild des einfachen Bronchocatarrhs.

Kohts (Strassburg).

---

58. **Hallopeau, Des éruptions pemphigoides d'origine jodique.** Ueber pemphigusartige Eruptionen nach Jodgebrauch. (L'Un. méd. Nr. 41.)

H. beobachtete in 2 Fällen die Entstehung eines pemphigus-ähnlichen Ausschlags nach Jodgebrauch. Die Blasen zeigten sich hauptsächlich im Gesicht, auf der Kopfhaut und an den Armen. Sie waren von wachsgelber Farbe, derb, theilweise mit einem gerötheten Hofe umgeben. Nach dem Aufstechen entleerte sich langsam eine trübe milchige Flüssigkeit, die zu gelben Krusten austrocknete. Die frisch entstandenen Bläschen waren rundlich, vergrösserten sich durch Ausdehnung oder Zusammenfliessen mehrerer benachbarter, und zeigten in letzterem Falle buchtige Contouren. Die grössten Blasen hatten einen Durchmesser von 4 cm und eine Höhe von ungefähr 1 cm. Die mikroskopische Untersuchung des Inhalts zeigte die Gegenwart weniger rother und sehr vieler weisser Blutkörperchen, theils intact, theils in verschiedenen Stadien des Zerfalls, daneben grosse Leukocyten mit einem oder mehreren Kernen und epidermoidale Gebilde. Der Sitz der Affection ist die mittlere Schicht der Lederhaut; die Wand der Blasen wird gebildet durch eine Lage gewucherter Epidermiszellen und durch die oberen Schichten der Cutis, daher ihre Festigkeit. H. findet in der Litteratur 18 ähnliche Fälle von pemphigoiden Eruptionen nach Jodgebrauch; die meisten Beobachtungen stammen aus England und Amerika.

Brockhaus (Godesberg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Der dritte Jahrgang
umfasst 39 Bogen incl.
Titel und Register.

Preis des III. Jahrg.
13 M. 50 Pf., zu beziehen
durch alle Buchhandl.
und Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **5. Mai.** **Nro. 5.**

59. **R. Koch, Ueber Tuberculose.** Referat von A. Fraenkel. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 15. 1882.)

Nachdem zu Anfang der Nr. an die früheren berühmten Arbeiten auf dem Gebiete der Pilzlehre von Robert Koch erinnert worden ist, wird auf S. 201 der Vortrag von K. in der letzten Sitzung der Berliner physiologischen Gesellschaft vom 24. März d. J. referirt. Der Pilz der Tuberculose ist gefunden!

Nach den Untersuchungen von Villemin, Klebs, Cohnheim u. A. war die infectiöse Natur der Tuberculose nicht mehr zweifelhaft und die Verbreitung derselben schien durch ein virus von corpusculärer Natur zu Stande zu kommen. Der Nachweis dieses virus fehlte aber noch.

K. wendet zur Erkennung der Pilze eine mikro-chemische Methode an. Die zu untersuchende Flüssigkeit wird in dünner Schicht auf einem Deckglas durch Erhitzen getrocknet. Dieses wird 24 Stunden lang in eine Lösung von 200 ccm Aq. dest., 2 ccm concentrirter alkohol. Methylenblaulösung und 0,2 ccm einer 10% Kalilösung ge-

legt. Auf das so gefärbte Präparat werden einige Tropfen einer Vesuvinlösung gebracht. Diese hat die Eigenschaft, das Methylenblau aus allen Gewebselementen ausser den Bacillen zu entziehen, diese bleiben blau, jene werden braunroth. Das Präparat wird weiter mit Alkohol und Nelkenöl behandelt und in Canadabalsam eingeschlossen. Zur Untersuchung dient stärkste Zeiss'sche Oelimmersion und Condensor.

Die Eigenschaft nun, das Methylenblau dem Vesuvin gegenüber zu halten und so charakteristisch hervorzuheben, war bisher nur von den Leprabacillen bekannt. Der neue Tuberkelbacillus thut es ebenfalls.

Diese Bacillen sind sehr zierliche Stäbchen von der Länge eines Drittels des Durchmessers rother Blutkörperchen. Ihre Breite verhält sich zur Länge wie 1 : 5—6. Sporen in der Form von ungefärbten glänzenden vacuolenartigen Gebilden waren in einzelnen Präparaten zu erkennen und von Vacuolen durch die spindelförmige Auftreibung des Bacillus an dieser Stelle zu unterscheiden. Diese Bacillen fanden sich am reichlichsten in frischen tuberculösen Neubildungen, am spärlichsten in dem schon verkästen Centrum älterer Miliartuberkeln. Auch in den Riesenzellen kommen sie vor, hier oft Garben bildend. Ferner in der Wand tuberculöser Cavernen, in dem Sputum von Phthisikern, in scrophulös entarteten Lymphdrüsen, fungösen Gelenken, Knoten perlsüchtiger Rinder. Um den Beweis zu liefern, dass diese Gebilde wirklich die specifischen Krankheitserreger sind, stellte K. zahlreiche Züchtungsversuche an, die glänzende Resultate lieferten.

Als Nährflüssigkeit diente sterilisirtes (nach Tyndall) und in gelatineartige Gerinnung übergeführtes Rinderblutserum. Die Sterilisirung geschieht so: ein durch Wattepfropfen abgeschlossenes, mit Serum gefülltes Reagensgläschen wird an mehreren folgenden Tagen je eine Stunde lang auf 58° C. erwärmt. Steigert man nach circa 6 maliger Wiederholung die Temperatur auf 65° so tritt die gelatinöse Gerinnung ein. Diese Gelatinelösung ist vollkommen durchsichtig und lässt die leichteste Trübung durch die wuchernden Pilze sofort erkennen. Auf diesen Nährboden wird ein kleines Stück des betreffenden Materials gebracht und in einen Wärmeschrank von 37—38° C. 10 Tage lang gehalten. Von dieser Cultur kann man weiter impfen und es verschiedene Generationen hindurch fortsetzen. Bringt man nun von diesen so gezüchteten Bacillen nur eine kleine Menge einem Thiere in die vordere Augenkammer, ins Blut oder unter die Haut, so entsteht die ausgebreitetste Tuberculose fast sämmtlicher Organe und Gewebe. Selbst Thiere, die fast immun gegen Tuberculose sind, wie Hunde und Ratten, werden davon inficirt.

Die hohe Bedeutung dieser Entdeckung ist klar. Für den Praktiker eröffnet sich die Aussicht, die Tuberculose, den ärgsten Feind des Menschengeschlechtes, im Keime zu bekämpfen.

Menche.

---

60. **Daniel Lewis, The Treatment of Scarlatina.** (Medical Record, 18. März 1882.)

Verfasser theilt Scharlach ein 1. in malignes Scharlach, bei welcher Form die Intoxication so intensiv auftritt, dass Patient sogleich bei dem ersten Anfalle stirbt; bei dieser Form ist Digitalis unwirksam.

2. Indirect und von vortrefflicher Wirkung ist die Digitalis bei allen unter scarlatina simplex, scarlatina anginosa zusammengefassten Formen, bei denen die Hauptgefahr im Fieber, in Gewebsdegeneration, im Katarrh der Nieren oder in parenchymatöser Nephritis besteht, wenn die Nierenausscheidung herabgesetzt oder aufgehoben ist. Die Digitalis wirkt dadurch, dass sie den arteriellen Blutdruck herabsetzt, und diuretisch und direct auf die Malpighi'schen Gefässknäuel wirkt. Verfasser empfiehlt ein starkes Infus, nicht die Tinctur, und zwar vom ersten Tage der Erkrankung an bis zum Ende der 3. Woche. Zur Unterstützung der Diurese verordnet Verfasser hauptsächlich Milchdiät. Die Haut reibt er bis zur Desquamation mit ol. olivarum ein. — Von 150 Fällen starben bei dieser Behandlung 17, darunter nur 2 an Nephritis, also 11,3 %, während der Durchschnitt der Todesfälle an Scharlach in New York City 23 % betrug.

Kohts (Strassburg).

61. **Leyden, Ueber Myocarditis nach Diphtherie.** (Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin. Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 7. 1882.)

Nachdem man in früherer Zeit den Tod bei Diphtherie nur auf die membranösen Exsudationen, die sich vom Rachen in die Trachea fortpflanzten, zurückführte, lernte man seit Trousseau auch den Tod durch Herzparalyse von dem durch Suffocation unterscheiden. Anatomisch suchte man zuerst den Grund der Paralyse in der Herzthrombose, und erklärte diese postmortalen Fibringerinnungen auf gleiche Weise entstehend wie die fribrinösen Auflagerungen in der Trachea. Auch Endocarditis wurde angenommen. Von Ranvier wurde fettige und hyaline Degeneration der Herzmuskulatur nachgewiesen und von Mosler und Rosenbach bestätigt. Diese Anschauung ist in die neuesten Lehrbücher übergegangen.

L. führt an, dass diese fettige Degeneration nicht immer vorhanden und durch die Diphtherie die veränderte Blutmischung bedingt sei, tritt der Exitus letalis nicht ein, so verschwinde sie wieder.

In 3 hierher gehörigen Fällen fand L. im Herzen deutliche myocarditische Veränderungen. Reichliche Kernwucherung um die Blutgefässe und von hier sich zwischen die Muskelfasern drängend. Ferner kleine myocarditische Heerde, in deren Bereich die Muskelsubstanz

atrophirt und ersetzt war durch Kernwucherung und Pigment. Makroskopisch wird durch diese Veränderung eine Dilatation des Herzens und so die früher beobachtete Thrombenbildung, Erweichung der Muskelsubstanz und Hämorrhagien bedingt.

Practisch sei der Nachweis der Myocarditis wichtig, insofern man sich klar machen müsse, dass man es nicht mit vorübergehenden Störungen der Ernährung bei dieser Herzschwäche zu thun habe, sondern um einen Process in der Herzsubstanz, der selbstständigen Verlauf hat und einer genauen therapeutischen Beaufsichtigung bedarf. — L. unterscheidet mit Mosler und Oertel eine Herzschwäche, die im Verlauf der Diphtherie auftritt und meistens plötzlich letal endet, und eine solche, die sich erst in der Reconvalescenz entwickelt. Letztere bietet für die Therapie viel günstigere Gesichtspunkte. Zum Schluss erinnert er an die häufige Betheiligung des Herzens bei den Infectionskrankheiten und glaubt, dass hierbei ähnliche Vorgänge vorkommen, wie bei der Diphtherie.

In der Discussion über diesen Gegenstand in der folgenden Sitzung hebt Guttmann hervor, dass einen regelmässigen Befund diese myocarditischen Heerde nicht bilden, man vielmehr auf functionelle Störungen der Herznerven zurückgreifen müsse. Friedländer hält dagegen diesen Befund für häufig, nur nicht in den durch Suffocation zu Grunde gegangenen Fällen. Hier liege die Todesursache in den Respirationsorganen.

In einer späteren Sitzung (20. Febr.) theilt Guttmann mit, dass er das Vorkommen myocarditischer Heerde bei Diphtherie jetzt bestätigen könne; er in Zukunft darauf achten werde, ob dieselben auch nachzuweisen seien, wenn der Tod durch Suffocation erfolgt sei. Auch in 2 Fällen von Septicämie hat er dieselben nachgewiesen und zwar waren die myocarditischen Heerde von den metastatischen Eiterheerden im Herzen durch den Befund von Rundzellen ohne Mikrokokken unterschieden, die in letzteren vorkamen. Litten hat myocarditische Heerde gefunden, ohne Collapszustände ante mortem constatirt zu haben und hat sie nicht gefunden trotz vorangegangenen Collapses.

Menche.

---

62. **Dr. Spitz, Ueber Polyurie in der Reconvalescenz vom Typhus abdominalis.** Aus dem Allerheiligen-Hospital zu Breslau. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. 1882.)

Verf. theilt mit, dass in der Reconvalescenz des Abdominaltyphus eine bedeutende Harnsecretion vorkommt, eine Thatsache, die zwar nicht unbekannt, aber in die bekanntesten Handbücher noch nicht aufgenommen sei. Nach einem Fall von Typhus abdominalis, complicirt durch Darmblutung, Decubitus und spontaner Gangrän des Praeputium, der in der Reconvalescenz als Tagesquantität eine Urinmenge von

6000—8000 ccm ausschied, wurde bei allen Abdominaltyphen auf das Verhalten der Urinmenge geachtet und bei etwa der Hälfte der Fälle starke Polyurie nachgewiesen, besonders bei den durch Complikationen protrahirten Erkrankungen. Der Urin ist von hellgelber Farbe, ganz klar, frei von Zucker und Eiweiss und ohne alle mikroskopischen Befunde. Spec. Gew. in Verhältniss des Steigens der Urinmenge verringert. Gleichwohl die Gesammtmenge der festen Bestandtheile vermehrt (108 : 70 gr).

Die Polyurie reicht vom Stadium der steilen Curven bis in die 5. oder 6. Woche der Reconvalescenz. Auch bei künstlich erzeugten starken Intermissionen ist die Urinmenge gesteigert. Dem Symptom ist eine günstige Bedeutung beizumessen. Ein Grund für dieselbe ist nicht aufzufinden. Es fehlte eine Hypertrophie des linken Ventrikels. Radialpuls war nicht gespannt. Es bleibt nur übrig, dieselbe als dem Typhusagens eigenthümlich anzunehmen. Bei keiner andern acuten Krankheit wird dies Symptom beobachtet.

Menche.

---

63. **Lewis S. Pilcher** (Brooklyn, N.-Y.), **Care of the Trachea after its Incision for the Relief of Croup.** Schonung der Trachea nach Tracheotomie. (The Medical Record 1. April 1882. Read before the New York Surgical Soc. 24. Januar 1882.)

Redner theilt seine Erfahrungen über Tracheotomieen mit, die er in 6 Jahren 33 Mal und zwar 13 Mal mit Erfolg ausgeführt hat. Als die Hauptschädlichkeit in der Nachbehandlung sieht Redner die Anwendung von Canülen an, welche in den meisten tödtlich verlaufenen Fällen, wie die Section ergab, Druckspuren an der vordern und hintern Wand hinterlassen hatten. Zweitens wirken die Canülen nach dem Verfasser noch insofern schädlich, als sie die vordere Wand auseinanderspreizen und dadurch zugleich die hintere Wand nach dem Lumen der Trachea vorbuchten. Falls die Anwendung von Canülen nur eine kurze Zeit dauert, gleicht sich die Vorbuchtung der hintern Wand bald wieder aus; lagern sich aber Entzündungsproducte auf der hintern Wand ab, wie es bei längerer Heilungsdauer fast regelmässig vorkommt, so bleibt die Vorbuchtung bestehen und die Patienten leiden Zeitlebens an Suffocationserscheinungen. Um dies zu vermeiden räth Verfasser, wie er es in 2 Fällen mit bestem Erfolg ausgeführt hat, ein Stück aus der vordern Wand der Trachea herauszuschneiden; auf diese Weise würde sicher die Einbiegung der hintern Wand vermieden. — Ueberhaupt stellt Redner als das Hauptdesiderium auf, bei Tracheotomieen die Canülen, welche in vielen direct den Tod verursachten, ganz wegzulassen, es genüge vollständig, um eine hinreichende Oeffnung für die Athmung zu schaffen, wenn man die Schleimhaut der Trachea mit der äussern Haut vernäht.

Aus der Discussion ist hervorzuheben, dass Dr. Post mit bestem Erfolg in 2 Fällen, wo er die Tracheotomie einer andern Operation vorausschickte, keine Canülen anwandte, sondern rechts und links durch Trachea und Haut je einen Faden zog und diese Fäden im Nacken verknüpfte. In beiden Fällen war es leichter, die Oeffnung von Verstopfung frei zu halten als vor dem Gebrauch der Canüle.

Dr. Little empfiehlt Canülen aus Aluminium, welche leichter, billiger seien und weniger leicht vom Secret angegriffen würden als silberne. — Dr. Fowler verwirft die gefensterten Canülen, welche häufig Ulcerationen und tödtliche Hämorrhagieen, wie Redner selbst gesehen hat, verursachten.

Kohts (Strassburg).

---

64. **Queiss, Ein seltener Ausgang einer Pneumonie in Abscessbildung.** (Wiener medicinische Wochenschrift Nr. 13.)

Ein ziemlich kräftiger Soldat erkrankt an Pneumonie des r. Oberlappens; im Verlaufe dieser Erkrankung stellte sich eine Anschwellung um die r. Schultergegend ein, die sich nach Lösung der Pneumonie weiter nach vorn und unten zu ausbreitete. Mit dieser Ausbreitung der teigigen Anschwellung ging einher rasche Abnahme der Kräfte, Athemnoth; bei der Respiration bewegte sich die r. Seite fast gar nicht. Schliesslich fühlte man Fluctuation über der sehr schmerzhaft gewordenen Geschwulst, Druck auf dieselbe steigerte die Athemnoth ganz bedeutend. Im weitern Verlaufe wurden eitrige Sputa ausgehustet, so dass nicht länger ein Zweifel blieb für die Annahme eines Lungenabscesses.

Es wurde in der Höhe der 7. Rippe ein Einschnitt auf die Geschwulst gemacht, reichlich erst gelber, später blutig gefärbter Eiter entleert.

2 Stunden nach der Operation stellte sich eine heftige Blutung aus dem Munde ein und gleichzeitig wurde reichlich hellrothes Blut ausgehustet, der blutige Auswurf dauerte fast 8 Tage lang, die Blutung aus dem Munde war schon nach einigen Stünden gestillt. Vom 8. Tage wurden nur noch braungefärbte Sputa ausgehustet. Die Kräfte nahmen rasch zu, Pat. fühlte sich wohl, das Körpergewicht stieg an, der allgemeine Ernährungszustand war befriedigend.

Eine Unterbrechung erfuhr der Heilungsvorgang durch eine hinzutretende Pleuritis, doch konnte schon 1 Monat nach der Operation die völlige Wiederausdehnung der r. Lunge constatirt werden.

Seifert (Würzburg).

---

65. **Dr. W. Hertz, Ueber die Behandlung der Empyeme bei phthisischen Individuen mittelst Punction und permanenter Aspiration.** (Deutsche mediz. Wochenschr. Nr. 11. 1882.)

In der neueren Literatur, so von Fräntzel in Ziemssen's Handbuch und Senator in der Frerichs-Leyden'schen Zeitschrift wird der Grundsatz geltend gemacht, eine Radicaloperation eitriger Exsudate bei Lungenphthise nicht vorzunehmen, sich vielmehr darauf zu beschränken, bei Indicat. vitalis ein Theil des Exsudats abzulassen.

Nach den Erfahrungen von H. auf der Abtheilung des Herrn Direktor Curschmann haben die Misserfolge ihren Grund in der angewandten Methode. Als ungeeignet muss in obigen Fällen zunächst der Brustschnitt bezeichnet werden, sowohl durch den künstlich gesetzten Pneumathorax, als durch das ungenügende Ausdehnen der afficirten Lunge.

Von Senator ist speciell für diese Fälle eine Behandlungsmethode empfohlen worden, welche in theilweiser Entleerung des Exsudats mittelst Punction besteht. Hierfür lässt man eine geringe Menge dünnes warmes Salicylwasser einlaufen. Nach wenigen Tagen wird dieses einmal oder öfters wiederholt. Die Pleura soll hierdurch allmählig entlastet und das Exsudat durch Verdünnung leichter resorbirt werden.

H. glaubt, dass sowohl bei dieser Methode als bei einfacher Punction mit nachfolgender desinficirender Ausspülung (Bätz) das Exsudat sich wiederansammeln und hierdurch die Function der noch gesunden Lungenparthien beeinträchtigen werde. Das bestehen bleibende Fieber würde eine etwaige Ausheilung der Lungenaffektion selbst verhindern.

H. empfiehlt folgendes im Hamburger Krankenhaus geübte Verfahren:

Bei Gelegenheit der Punction wird ein Nélaton'scher Katheter durch die Troicartcanüle in die Pleurahöhle eingeführt, derselbe durch einen luftdicht schliessenden Watte-Collodiumverband an der Thoraxwand befestigt und mit einem längeren Heberschlauche in Verbindung gesetzt, der das sich sammelnde Secret unter desinficirender Flüssigkeit zum stetigen Abfluss bringt. Dieses Hebersystem bleibt in beständiger Thätigkeit und übt eine permanente Aspiration aus.

Dieses Verfahren ermöglicht eine schnelle Wiederausdehnung der betreffenden Lunge, vermeidet das Entstehen eines Pneumothorax und der Eingriff ist der einer Punction gleichzustellen.

Menche.

---

66. **Zahn, Ulcères simples de l'oesophage et du duodénum; Anémie pernicieuse symptomatique avec globules sanguines rouges à noyaux.** Einfache Geschwüre des Oesophagus und des Duodenum; symptomatische perniciöse Anämie mit kernhaltigen rothen Blutkörperchen. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 3.)

Ein 46jähr., dem Trunke sehr ergebener Mann erkrankte an Appetitlosigkeit, heftigen, krampfartigen Magenschmerzen und hartnäckigem Erbrechen. Da diese Erscheinungen jeder Behandlung trotzten und sich im Laufe der Zeit Blutbrechen einstellte, wurde er im October 1881 ins Hospital aufgenommen. Stat. praes.: Starke Abmagerung, Haut und sichtbare Schleimhäute sehr blass, Puls klein und frequent, an der Herzspitze ein anämisches Geräusch. Die physikalische Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane ergab nichts abnormes, der Druck aufs Epigastrium war schmerzhaft. Der Zustand besserte sich, hauptsächlich in Folge der geregelten Lebensweise im Hospital, schnell, so dass Pat. am 15. Nov. entlassen werden konnte. Da er aber sofort seine früheren Excesse wieder begann, traten bald die beschriebenen Erscheinungen wieder ein und Pat. kam am 11. Dec. aufs neue ins Hospital, noch abgemagerter und blasser wie beim ersten Mal. Sein Blut hatte eine rosige Färbung, die Zahl der rothen Blutkörperchen war auf 950000 in 1 cmm gesunken. Am 23. Dec. Exitus. Aus den Ergebnissen der Autopsie ist zu erwähnen: Starke allgemeine Blutleere, im Magen beträchtliche Mengen einer schwärzlichen Masse (zersetztes Blut), ebenso im Duodenum. Ungefähr 15 mm über dem Pylorus ein rundes Geschwür mit scharfen Rändern, 15 mm Durchmesser und 5 mm Tiefe, dessen Grund durch ein hartes, weissliches Gewebe (Kopf des Pankreas) gebildet wird. Das Lumen des Duodenum an dieser Stelle stark verengt. Im Oesophagus findet sich, unmittelbar über der Cardia und etwa 8 cm in die Höhe reichend, ein ringförmiges Geschwür, dessen Grund zum grössten Theil von der Muskelschicht des Oesophagus gebildet wird; nur an einer Zweifrancstück grossen Stelle rechts und vorn ist auch die Muskelschicht zerstört und der Grund des Geschwürs durch verdicktes Bindegewebe gebildet. Hier finden sich ebenfalls schwärzliche Massen und im Centrum eine kleine, ovale Oeffnung, durch welche eine feine Sonde eine Strecke weit nach unten vordringt (eröffnete Vene). Die Schleimhaut der Cardia bildet eine ringförmig vorspringende Falte. Die Herzmuskulatur zeigt streifige, fettige Entartung. Die Leber etwas cirrhotisch. Die Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen sehr klein und bleich. Das Mark des Femur vollständig gelb, das des Sternum und der Rippen roth und stark entwickelt. Die mikroskopische Untersuchung ergab in dem den Grund und die Umgebung der Geschwüre bildenden Gewebe eine starke Infiltration mit embryonalen Zellen. Das Blut hatte eine blasse Farbe und war sehr wässerig, die Zahl der weissen Körperchen nicht vermehrt, die rothen hatten blassgelbe Farbe, unter ihnen bemerkte man viele kernhaltige, in der Milz und im arteriellen Blut weniger als im venösen. Diese Körperchen waren bald grösser, bald kleiner als die gewöhnlichen rothen, ihr Kern lag immer excentrisch.

Ihre Zahl war sehr gross im Knochenmark, wo auch solche mit zwei excentrisch gelegenen Kernen vorkamen.

Verf. erwähnt die Seltenheit dieser Form von Geschwürsbildung im Oesophagus (Ulcus ex digestione, Quincke) und referirt kurz die in der Litteratur verzeichneten Fälle. Er findet die Ansicht von Ehrlich bestätigt, dass kernhaltige rothe Körperchen bei allen Formen schwerer Anämieen, gleichgültig ob sie traumatisch oder essentiell sind, sich im Blute finden. Auch zweifelt er nicht, dass sich die gewöhnlichen rothen Körperchen aus den kernhaltigen, sei es durch Auflösen oder durch Austritt des Kernes bilden, und dass Letztere, während sie sich im Knochenmark immer finden, ins Blut nur dann übergehen, wenn der Verlust oder die Zerstörung der rothen Blutkörperchen eine excessive ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

67. **Nothnagel, Zur Klinik der Darmkrankheiten.** (Zeitschrift f. klin. Med. IV. p. 622[1])).

III. Abtheilung.

Die in der 3. Abtheilung enthaltenen Untersuchungen über die Erkrankung des Darmkanals beziehen sich auf die atrophischen Zustände derselben, insbesondere bei Erwachsenen.

Anatomisches.

Bei der Besprechung der anatomischen Verhältnisse betont Verf. zunächst, dass eine Atrophie in jeder Schicht der Darmwand eintreten könne, dass ferner eine Atrophie der ganzen Darmwand in allen Schichten zugleich, sowie auch aus einzelnen Lagen und Bestandtheilen derselben möglich sei. Der Uebersichtlichbeit wegen erscheint es Verf. zweckmässig, jede Schicht gesondert zu besprechen. Zur Untersuchung wurde jeder Darm von allen zur Section aus den Kliniken kommenden Gestorbenen verwendet, gleichgültig ob während des Lebens Erscheinungen seitens des Darmes bestanden hatten oder nicht; die Methode der Untersuchung war die allgemein bekannte der mikroskopischen Untersuchungen. Bezüglich der angeführten Literatur und der Kritik derselben durch N. muss auf das Original verwiesen werden.

a. Epithelialschicht. Im Dickdarm wurden niemals auf der freien Schleimhaut Epithelien aufsitzend gefunden, und auch im Jejunum und Ileum finden sich dieselben nur ganz ausnahmsweise und in kurzen Abschnitten. Dagegen zeigt sich der Darminhalt, besonders da wo derselbe keine fäculente Beschaffenheit hat und aus Schleimmassen besteht, dicht erfüllt von theils isolirten, theils zusammenhan-

---

1) Vergl. dieses Centralbl. II p. 265 u. 698.

genden Epithelien. Diese Desquamation des Epithels, die man so regelmässig mit und ohne Darmerkrankung trifft, muss als einfaches postmortales Phänomen angesehen werden. Der Beweis für diese Annahme wird durch einige Controlexperimente geliefert und dabei ferner festgestellt, dass die Ablösung bereits 6 Stunden nach dem Tode eintritt. Mit pathologischen Zuständen hat dieser Epithelmangel nichts zu thun; auf die histologischen Veränderungen geht N. nicht näher ein, da es ihm hier nur auf den Mangel, den Schwund der Epithelien ankommt.

b. Eigentliche Mucosa. Die atrophischen Veränderungen dieser Schicht sind die weitaus häufigsten und auch functionell bedeutungsvollsten; hierbei hat N. nur diejenigen Atrophien im Auge, welche mit ulcerativen Vorgängen gar nichts zu thun haben und ohne jede Beziehung zu solchen sich entwickeln. Zur Beurtheilung des Grades der Atrophie stellt er die durch zahlreiche Untersuchungen verschiedener Forscher gefundenen Normalmaasse der Drüsenlänge und Schleimhautdicke, zunächst für den Dickdarm, den bei Atrophie der Schleimhaut gefundenen Zahlen gegenüber und führt einige durch Abbildung mikroskopischer Präparate veranschaulichte Beispiele von Atrophie verschiedenen Grades der Dickdarmschleimhaut an, deren hochgradigste ausser bedeutender Verschmälerung und vollständiger bindegewebiger Degeneration der Mucosa gänzlichen Mangel der Lieberkühn'schen Drüsen darbietet. In weniger vorgeschrittenen Formen von Atrophie, wo der Process jüngeren Datums ist, stellt sich das Bild so dar, dass die Drüsen wohl auch stellenweise fehlen, während dazwischen wieder Stellen sind, in denen eine übriggebliebene Drüse, im Begriff auszufallen sich findet oder der abgeschnürte Rest einer solchen; — die atrophirte Mucosa besteht hier ebenfalls ausschliesslich aus Bindegewebe, in dem sich jedoch reichlichere Rundzellen finden wie in den vorgeschrittenen Fällen; auch sind Formen bekannt bei denen die Solitärdrüsen nicht vollständig zu Grunde gegangen sind, sondern als ganz kurze, abgeschnürte Reste von dem freien Darmlumen durch Bindegewebe getrennt meist unmittelbar auf dem Brücke'schen Muskel aufliegen; — ihre functionelle Bedeutung kommt dabei dem vollständigen Schwunde gleich, da die Communication mit dem Darmlumen unterbrochen ist.

Viel seltener als die oben erwähnte Atrophie der Lieberkühn'schen Drüsen ist nach des Verf.'s Erfahrung die vielfach besprochene, in Folge von Darmkatarrhen auftretende cystische Erweiterung derselben. Ob das wie in allen andern auch gesunden Fällen fehlende Epithel schon bei Lebzeiten abgestossen war, lässt Verf. unentschieden.

Im Dünndarm gestaltet sich das Wesen des Processes ebenso, wie im Dickdarm; doch konnte Verf. über die Grössenverhältnisse der Mucosa keine so genauen Maasse eruiren, wie im Dickdarm. Die anatomische Structur der Dünndarmschleimhaut, die Anwesenheit der Zotten, der dadurch bedingte Wechsel in der Höhe der Schleimhaut macht eine genaue Maassnahme unmöglich. Die Zotten verhalten sich im Allgemeinen analog den Lieberkühn'schen Drüsen; sind diese atrophisch, so sind es die Zotten auch; sie sind dann schmal, verkümmert, haben fast gar keine Zellen oder Zellenkerne, bisweilen mit

Körnchen angefüllt (fett?) — und können, wenigstens in vorgeschrittenen Fällen, über grössere Strecken auch ganz fehlen. Bisweilen trifft man auch Bilder, z. B. bei der Tabes mesaraica des Kindes, wo die Zotten stärker ergriffen erschienen als die Lieberkühn'schen Drüsen, immer als wären diese letzteren in erheblichem Grade mitbetheiligt.

Das makroskopische Aussehen der atrophischen Schleimhautparthien unterscheidet sich im Dickdarm kaum von dem des normalen Darms; höchstens erkennt das geübte Auge bei sorgfältigem Untersuchen, dass die Darmoberfläche ganz glatt und gleichmässig aussieht ohne jede Spur von Verhärtung. Im Dünndarm ist die Beurtheilung in den Fällen leichter, wo auf einer Strecke alle Zotten fehlen, ganz unmöglich aber, wo dieses nicht zutrifft.

Die Verbreitung der Schleimhautatrophie über die einzelnen Darmabschnitte ist keine gleichmässige, im Allgemeinen häufiger im Dickdarm, und hier hauptsächlich häufig im Cöcum, dann in absteigender Reihenfolge kommt das Colon ascendens und der unmittelbar an der Bauhin'schen Klappe gelegene, unterste Theil des Ileum; dann folgt der übrige Dickdarm und zuletzt die höhergelegenen Parthien des Ileum; das Jejunum ist nur sehr selten betheiligt. In ganz vereinzelten Fällen fand sich die Schleimhaut des ganzen Dickdarms des Ileums bis zum Uebergang in das Jejunum atrophisch, dagegen sind auch oft mehrere Stellen ergriffen, die nicht unmittelbar aneinandergrenzen, während die dazwischen liegenden Parthien ganz frei, oder Sitz eines Catarrhs sind.

Betreffs der Häufigkeit der Darmatrophie fand N. dieselbe bei 80% aller untersuchten Fälle bei Erwachsenen; bei Kindern sind die Zahlen geringer.

Betreffs der Entstehung der Schleimhautatrophie hält N. dieselbe für die Wirkung einfacher catarrhalischer Zustände, bei denen durch die Vermehrung der Rundzellen in den Interstitien der Drüsen und längs deren Fundus oberhalb des Brücke'schen Muskels, die Drüsen weiter von einander und von ihrer Basis abgedrängt und schliesslich aus der Mucosa herausgestossen werden. Ihre Stelle wird durch Rundzellen führendes Bindegewebe ausgefüllt; bei weiterem Verlauf wird die Zahl der Rundzellen geringer und es tritt Schrumpfung des Bindegewebes ein. Der Drüsenschwund kann auch dadurch zu Stande kommen, dass die Drüsen durch das wuchernde Bindegewebe vom Darmlumen abgedrängt, der Atrophie verfallen.

Die Zeit, welche hierfür erforderlich, kann eine ganz kurze sein; es genügen hierfür schon subacute und acute Catarrhe. Beweise für eine Regeneration der ihrer Drüsen beraubten Stellen liegen kaum vor. Der Grund dafür, dass das Cöcum und unterste Ileum die häufigsten Stellen sind für die Schleimhautatrophie, glaubt Verf. darin suchen zu müssen, dass die gewöhnlichen aus irgend einer nicht näher zu bezeichnenden Ursache hervorgehenden Catarrhe in diesen Darmabschnitten mit besonderer Häufigkeit und Heftigkeit sich localisiren. Schliesslich betont Verf. ausdrücklich, dass er keineswegs der Meinung sei, jeder Catarrh ohne Ausnahme müsse eine Schleimhautatrophie mit Drüsenatrophie zur Folge haben; der Grund, warum die Drüsenatrophie in einzelnen Fällen fehlen kann, ist Verf. geneigt darin zu vermuthen,

dass vielleicht zur Entwicklung der Drüsenlockerung und ihres Ausfallens ein mehr acuter Beginn des Processes nöthig ist, und es nicht dazu kommt, wenn der Process langsam und schleichend sich ausbildet.

Die Entstehung von Schleimhautatrophie aus anderen Ursachen (Carcinom, Bronzekrankheit, Saturnismus), wie sie von andern Forschern beobachtet wurden, glaubt Verf. zunächst auf einen diese Leiden begleitenden Darmcatarrh zurückführen zu können.

c. Submucosa. Bei dem ausserordentlichen Wechsel dieser Schicht der Darmwand und ihren Durchmessern schon im Normalzustand, können nur die äussersten Grade der Dickdarmveränderung derselben nach der einen oder andern Seite hin mit einiger Sicherheit als pathologisch betrachtet werden. Verf. fand aus zahlreichen Messungen bei Erwachsenen als allgemein durchschnittliche Ziffern 0,25—0,6 mm für die Submucosa des Dünndarms, für die des Dünndarms 0,35—0,75 mm. Ausgesprochene Atrophie der Submucosa gehört zu den Seltenheiten, selbst bei hochgradigem Schwunde der Mucosa; — als einzige Veränderung findet sich neben etwaiger leichter Verschmälerung der submucösen Schicht eine gewisse Menge von Rundzellen, besonders um die Gefässe und längs des Brücke'schen Muskels angehäuft.

d. Follikel. Die Frage ob ein einfacher Schwund, eine Atrophie der Follikel abhängig von jedem Ulcerationsprocess vorkomme, wurde sowohl betreffs der Tabes mesaraica des Kindes, wie auch betreffs ähnlicher Erkrankungen Erwachsener von verschiedenen Forschern verschieden, z. Th. in entgegengesetztem Sinne beantwortet. Für das Verhältniss bei Erwachsenen (mit der Tabes mesaraica des Kindes hat er sich weniger befasst) kam N. zu dem Schlusse, dass eine primäre, isolirte Atrophie des Follikelapparates, ohne ulceröse Vorgänge und ohne gleichzeitige Betheiligung anderer Darmschichten äusserst zweifelhaft sei. Dagegen fand er bei hochgradigem Schwunde der Schleimhaut vielfach die Follikel durchaus wohl erhalten, sowohl der Zahl wie der Grösse nach.

e. Muskelschicht. Hier ist die Rede ausschliesslich von der Muskelhaut, der Ring- und Längsmuskulatur des Darmes; wenn die Muscularis mucosae gemeint ist, wird dies besonders bemerkt. Verf. bespricht zunächst die von ihm gefundenen Normalmaasse für die Stärke der Muscularis im Dick- und Dünndarm und kommt dann auf die durch Messungen festgestellte Abweichung von diesem Maasse bei den verschiedenen Darmaffectionen.

Bei allgemeiner Cachexie (in Folge von Phthise, Carcinom etc., Typhus), wobei keine Schleimhautatrophie und keine Catarrhe bestanden, kam N. zu dem Schlusse, dass selbst bei hochgradig Cachectischen, bei denen die quergestreifte Körper-Musculatur in bedeutendem Grade geschwunden war, keine Atrophie der Darmmuscularis eintritt. Wo in solchen Fällen Atrophie der Muscularis sich fand, bestanden auch sonst anderweitige Veränderungen (Catarrhe, Schleimhautatrophie) im Darm.

Bei chronischem Catarrh ohne Atrophie der Mucosa wechselt das Dickenverhältniss der Muscularis. Bei gewöhnlichen, primären chronischen Catarrhen wurden nur selten Abweichnngen von der Norm gefunden, und wenn solche sich fanden, eher Hypertophie.

Bei Stauungscatarrhen (im Gefolge von Herzkrankheiten, Lungenemphysem) pflegt besonders bei längerer Dauer des Zustandes meist auffällige Hypertrophie der Muscularis zu Stande zu kommen.

Auch bei Schleimhautatrophie zeigt die Muscularis kein regelmässiges Verhalten, doch ist für die Mehrzahl der Fälle zutreffend, dass die Muscularis gewöhnlich unter dem normalen Maasse zurückbleibt, wenngleich zwischen den Graden beider nicht immer ein proportionales Verhältniss besteht. Beispiele hierfür sind im Original nachzusuchen. Ausser der Verringerung der Gesammtdicke lässt die atrophische Musculatur für die gewöhnliche Untersuchung keine bemerkenswerthen Eigenthümlichkeiten erkennen. Eine sichere Erklärung, wie die Muskelatrophie zu Stande kommt, zu geben, sieht sich Verf. zur Zeit noch ausser Stande.

Zuweilen kommt selbstständige Atrophie der Muscularis bei sonst normalem Darm vor, und erscheint dieselbe in klinischer Beziehung von erheblicher Wichtigkeit. Der allgemeine Zustand der davon betroffenen Individuen ist bis zum Tode, der etwa durch eine acute Krankheit erfolgt, ganz gut, die Körpermusculatur gut entwickelt. Ausser dem Zurückbleiben unter den Durchschnitts- oder Minimalmaassen der Darmmuscularis findet sich keine erhebliche Läsion der Darmwand. Verf. ist geneigt, diese Erscheinung als angeborene Hypoplasie aufzufassen.

Eine ziemlich seltene Veränderung ist die fettige Entartung der Muscularis. N. fand dieselbe unter 50 darauf untersuchten Leichen nur 3mal, dabei erhielt er den Eindruck, dass dieselbe als eine selbstständige Veränderung angesehen werden müsse, und in keiner Beziehung zu Darmkatarrhen stände. Zu bemerken ist dabei noch, dass bei diesen Veränderungen die äussere, die Längsfaserschicht allein, aber in höherem Grade ergriffen ist, als die innere, die Ringfaserschicht, und dass dabei auch die Muscularis der Submucosa, der Brücke'sche Muskel ebenfalls die Fettentartung zeigt.

Klinisches.

Es ist schwierig bestimmte Antworten auf die Frage zu geben, welche klinischen Symptome durch die verschiedenen besprochenen anatomischen Veränderungen des Darmkanals veranlasst werden, z. B. ob es möglich ist, diese letzteren aus bestimmten Krankheitserscheinungen zu diagnosticiren.

Da isolirt auftretende Veränderungen der Epithelien, der solitären Follikel und Peyerschen Plaques, wie oben ausgeführt, nicht vorzukommen scheinen, so ist von diesen Veränderungen auch kein Krankheitsbild zu erwarten; ferner ist zu bemerken, dass die umschriebenene Atrophie im Cöcum und dem untersten, dicht über der Klappe gelegenen Theil des Ileum ganz latent und symptomlos verlaufen kann; ebenso werden in Rücksicht auf die physiologischen Functionen der Schleimhaut des übrigen Dickdarms, von einer selbst weit verbreiteten Atrophie derselben keine erheblichen Störungen eintreten. Die hauptsächlichsten Vorgänge im Dickdarm betreffen die Resorption, vor allem die des Wassers; aus Atrophie der Dickdarmschleimhaut werden in Folge dessen, wenn überhaupt, nur solche Symp-

tome veranlasst, die sich auf den Darminhalt beziehen und welche aus den Stuhlentleerungen erkenntlich sind. Solche Stuhlentleerungen, bei welchen die Section Atrophie der Dickdarmmucosa ergab, boten zwei Eigenthümlichkeiten dar: sie waren bei täglich nur einmal oder noch seltener erfolgendem Stuhl nicht fest, geballt, sondern weich, breiig, und ferner fehlte jede Schleimbeimengung oder wenigstens jede solche, wie sie bei Dickdarmcatarrhen vorkommt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass jene Fälle ausgeschlossen werden müssen, bei welchen die dünne, weich-breiige Stuhlentleerung noch Beimengung von Fett, Pflanzenbestandtheilen und Schleim enthalten; betreffs des Schleimes ist noch zu bemerken, dass reiner Schleim oder mit Schleim überzogene Kothballen nicht erscheinen können bei Atrophie der Dickdarmschleimhaut, dass aber mit der Fäcalmasse inniggemengter Schleim vorkommen kann, bei gleichzeitig bestehendem Catarrh des Ileum.

Bei Atrophie der Dünndarmschleimhaut macht sich eine erhebliche Rückwirkung auf die Verdauung und die Resorption der Nahrungsstoffe geltend; insbesondere ist die letztere in hohem Grade beeinträchtigt und dürften allgemeine Ernährungsstörungen, kachektische Zustände die Folge davon sein. Hierbei ist jedoch zu bemerken, dass der bis jetzt bestehende Mangel an unzweideutigen Beobachtungen die Aufstellung eines Krankheitsbildes bezw. die Diagnose der reinen Dünndarmatrophie bei Erwachsenen noch nicht gestattet.

Besonderes klinisches Interesse beansprucht die Atrophie der Muscularis; es wurde oben bemerkt, dass dieselbe nicht gleichen Schritt hält mit den andern Schichten der Darmwand, kann somit auch nicht in das klinische Bild derselben eingereiht werden. Die Haupterscheinungen der Atrophie der Muscularis des Dickdarms ist die mangelhafte Leistungsfähigkeit derselben, die sich als habituelle Obstipation äussert, und da diese Veränderung auch ganz selbstständig auftreten kann ohne Betheiligung der übrigen quergestreiften Körpermuskulatur, so wird man unter die ursächlichen Momente der sog. habituellen Obstipation, selbst bei Individuen mit durchaus kräftiger Körpermuskulatur das Bestehen einer selbstständigen primären Atrophie der Dickdarmmuscularis aufnehmen können. Zweifelhaft ist dabei freilich, ob man gerade diese Ursache im einzelnen Falle wird diagnosticiren können.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

68. **Charles A. Hart, A Case of profound uraemic poisoning in an Infant, due to an elongated and contracted Prepuce.** Urämie bei einem Kinde durch Verlängerung und Verwachsung des Praeputium. (Medical Record, 21. I. 1882.)

Verfasser wurde zu einem neugeborenen, schlecht entwickelten Kinde gerufen, welches nur schwer uriniren konnte. Es zeigte sich

bei der Untersuchung, dass das Präputium sehr lang und die Urethralmündung sehr fein war. Man entschloss sich zur Beschneidung, welche jedoch bis zur Beendigung des Wochenbettes verschoben wurde. 8 Tage später wurde Verfasser wiederum zu dem Kinde gerufen. Das Kind, tief soporös, mit weiten Pupillen, mit kleinem, fadenförmigem Pulse, mit gedunsener Haut, hatte in 24 Stunden keinen Urin gelassen. Die Palpation des Leibes ergab eine Ausdehnung der Blase bis über den Nabel. Durch Druck auf die Blase („the act of percussion") wurden 180 Gramm Urin entleert. Sofort wurde die Circumcision gemacht und die Verwachsungen zwischen Glans und Präputium gelöst. Nach wenigen Stunden hatte sich der Zustand des Kindes gebessert, doch dauerte es zwei Tage, bis alle urämischen Symptome verschwunden waren.

Da Verfasser noch einen Fall von Urämie combinirt mit Convulsionen aus derselben Ursache gesehen hat, so nimmt er an, dass Abnormitäten des Präputium oft Convulsionen und nervöse Erkrankung der Kinder erzeugen.

Kohts (Strassburg).

---

69. **Soltmann, Statistischer Krankenbericht der stationären Klinik und Poliklinik des Wilhelm-Augusta-Hospitals in Breslau nebst klinischen Bemerkungen.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift Nr. 7, 1882.)

Indem in Bezug auf die Statistik auf das Original verwiesen wird, finden hier nur die allgemein interessirenden klinischen Bemerkungen Berücksichtigung. Zunächst die Erfahrungen, welche Verf. mit dem Pilocarpin gemacht hat. Mit demselben wurden sämmtliche Fälle von Scharlach, Diphtheritis und Nephritis behandelt, und zwar 0,005—0,01 subc., weil auf diese Weise eine promptere Wirkung als bei interner Darreichung erzielt wurde.

Nach S.'s Erfahrungen ist der Werth des Präparates nur ein symptomatischer. Vortreffliche Resultate leistete es bei 3 Kindern, welche mit schwerer Diphtherie und verkapptem Scharlach unter furibunden Delirien und excessivem Fieber erkrankt waren. Das Fieber sank schnell, das Exanthem kam alsbald zum Vorschein, die cerebralen Symptome schwanden. Ebenso gute Dienste leistete es bei verzögertem Scharlachexanthem mit cerebralen Störungen. Bei „allen" Fällen genuiner Diphtherie bewirkte es in wenigen Tagen eine Abstossung der Membranen; eine Wiederbildung derselben konnte nicht ganz vermieden werden, wenn nicht zugleich desinficirende Gurgelwässer gereicht wurden. Die schweren Fälle gingen allerdings auch unter dieser Behandlung zu Grunde. Eine specifische Wirkung sei

dem Medicament weder bei Scharlach noch bei Diphtherie zuzuschreiben. — Was die Nephritis anbetrifft, so wirke es bei den schon in der exanthematischen Periode auftretenden Formen eher schädlich als nützlich, sei dagegen bei den Spätformen im Desquamationsstadium zu empfehlen. Allerdings sei auch hier bei hochgradigen hydropischen Ergüssen wegen zu befürchtendem Lungenoedem und Herzparalyse Vorsicht nöthig. Die Pil.-Lösung ist stets nur frisch bereitet anzuwenden. — Ein Fall von Compressionsmyelitis bei Spondylitis dorsalis mit Scoliose wurde in 7 Wochen geheilt. Die Behandlung bestand in Ruhe, Extension, später Gypscuirass.

Eine Hemiatrophia facialis progressiva ist deshalb interessant, weil sich die Atrophie auch auf die linke Thoraxhälfte und die linke obere Extremität erstreckte. Die galvanische Behandlung war ohne Erfolg. — Unter den Choreafällen, welche im Allgemeinen mit Fowler'scher Solution behandelt wurden, verdient ein Fall Erwähnung. Ein 7jähriges Mädchen war von der Treppe herab auf das rechte Scheitelbein gefallen. Darauf zuerst Convulsionen, dann Lähmung der linken Extremitäten; dieselbe ging zuerst, und es stellte sich Chorea ein, mit vorzugsweiser Betheiligung der linken Körperhälfte. Am rechten Scheitelbein bestand eine grosse Impression. Ausser Abnahme des Gedächtnisses und intermittirender Kopfschmerzen keine cerebralen Störungen. Die Behandlung bestand 4 Wochen lang in Arsen, Eisen, Bädern, galvanischem Strom ohne jeden Erfolg. In Frage käme die Trepanation. — Zur Behandlung des Brechdurchfalls empfiehlt Verf. dringend das Resorcin, 0,1—0,2 pro die in Solution. Bei dieser Behandlung sei im Jahre 1880 die Mortalität 15,4 %, 1879 bei Anwendung des Natr. benz. 20 %, 1878 mit den bis dahin gebäuchlichen Mitteln dagegen 34,7 % gewesen.

Kohts (Strassburg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 12. Mai. Nro. 6.

70. **E. Leyden, Ueber Herzaffectionen bei der Diphtherie.** (Ztschr. f. klin. Med. IV, S. 234.)

Nach einem kurzen historischen Ueberblick über die Wandlungen, welche die Anschauungen über den Zusammenhang der Diphtherie mit Herzaffectionen und deren Beziehungen zu den einzelnen Symptomen, besonders zu dem oft im Gefolge der Diphtherie plötzlich auftretenden Tod, durchgemacht, theilt L. die Resultate seiner Beobachtungen und Untersuchungen mit, welche in 3 Fällen von Diphtherie, die unter den Erscheinungen der Herzparalyse gestorben waren, angestellt wurden. Die Krankengeschichten, der jeweilige makro- und mikroskopische Befund sind in Wort und Bild eingehend ausgeführt, und bezwecken diese Mittheilungen die Kenntnisse von den Herzaffectionen bei Diphtherie sowohl in ihrem pathologischen Verhalten, als in ihren klinischen Erscheinungen zu vervollständigen und zu erweitern.

Diese Untersuchungen ergaben, „dass bei Diphtherie eine acute typische Myocarditis vorkommt, characterisirt durch intermusculäre Kernwucherungen und durch Hinterlassung von atrophischen Herden, deren entzündliche Natur durch die Kernwucherungen und die Ablagerung von Pigmentschollen erwiesen ist.“ Diese Myocarditis kann von fettiger Degeneration des Muskelfleisches begleitet sein, welche jedoch nicht proportional der Intensität der myocarditischen Veränderungen sich vorfindet. Die Folgen dieser Myocarditis sind die schon von A. beobachteten Veränderungen des Herzens, die Ecchymosirungen, die schlaffe, bauchige Beschaffenheit des Herzfleisches, die Dilatation der Ventrikel. Diese Myocarditis, welche L. mit dem diphtheritischen Process enge zusammenhängend, analog der infectiösen Nephritis, als infectiöse Carditis oder Myocarditis betrachtet, muss demnach als die Ursache der Herzparalyse angesehen werden.

Bezüglich des Verlaufs macht L. besonders aufmerksam auf das Auftreten der Herzerscheinungen noch in den späteren Stadien der Krankheit, bis weit in die Reconvalescenz hinein, als ein im allgemeinen weniger bekanntes und beschriebenes, in praktischer und therapeutischer Hinsicht jedoch um so wichtigeres Vorkommen.

Im Anschluss an diese Arbeit weist der Verf. noch auf das Vorkommen von Herzaffectionen bei Infectionskrankheiten überhaupt als eine Thatsache allgemeinerer Bedeutung hin, wie denn auch die Infectionskrankheiten sowohl auf der Höhe ihres Verlaufs als auch in Bezug auf Nachkrankheiten so manche Analogien darbieten; doch zeigen sich auch hinsichtlich der Häufigheit und Form der Herzaffectionen, des Verlaufs, der Symptome, bei den verschiedenen Infectionskrankheiten einige Abweichungen und Eigenthümlichkeiten. Am meisten Analogieen mit denen der Diphtherie bieten die Herssymptome bei Typhus, in so fern auch gerade hier, wiewohl seltener, ein Vorkommen in den späteren Stadien der Reconvalescenzperiode constatirt ist. Verf. führt selbst eine hierher gehörige Beobachtung an und citirt eine solche von Jaksch.

Die anatomische Untersuchung der Gaumenmuskulatur und Nerven in dem einen mitgetheilten Fall, bei welchem eine Gaumenlähmung bestanden, gaben L. Veranlassung, in einer Anmerkung seine a. a. O. ausgesprochene Ansicht von der peripheren Natur diphtheritischer Lähmungen (infectiöse Neuritis) von Neuem hervorzuheben.

Hindenlang (Freiburg).

71. **S. Levy, Herzaffection nach Diphtherie.** (Zeitschr. f. klin. Med. IV, S. 450.)

Zwei Tage nachdem sich L. bei der Section einer diphtheritischen Leiche eine Fingerwunde zugezogen, entwickelte sich eine mit Lymphdrüsenschwellung am Hals und tiefer Ulceration der Uvula einher-

gehende abscedirende Angina tonsillaris, nach deren Ablauf sich in der 3. Woche Lähmung der Pharynxmuskulatur, in der 4. häufig sich wiederholender Schwindel und Ohnmachtsanfälle, Dyspnoe bei nur geringfügigen Bewegungen einstellten, unter Steigerung der Frequenz des Pulses und Arythmie. Objectiver Befund am Herzen normal. In der 6. Woche folgte rechtsseitig Gaumenlähmung und Hypoglossusparese, weiterhin rechtsseitige Facialisparese, atactische Erscheinungen in den Händen, Paraesthesien, welch letztere erst in der 20. Krankheitswoche schwanden, während die Störungen der Herzthätigkeit und ihre Folgezustände durch den vorübergehenden Gebrauch von Digitalis schon in der 11. Woche beseitigt waren.

Hindenlang (Freiburg).

---

72. **H. Duret, Tuberculose mammaire et adénite axillaire.** (Progr. méd. 1882. Nr. 9.)

Dubar hat nachgewiesen, dass die Tuberkulose der Mamma in zwei verschiedenen Formen auftritt: 1) die disseminirte Form, charakterisirt durch Knoten, Infiltrationsherde; 2) die konfluirende Form, bei welcher die Knoten zu käsigen Herden verschmelzen und zu Cavernen erweichen; der so gebildete kalte Abscess kann sich entzünden und die Haut durchbrechen; Koester u. A. haben in demselben Tuberkel entdeckt.

Nach Poirier kommt dieselbe Affektion in seltenen Fällen auch bei männlichen Individuen vor.

D. hat auf Verneuil's Klinik zwei Fälle beobachtet, welche Dubar's Mittheilungen bestätigen. Er hebt noch besonders hervor, dass in den meisten Fällen von Tuberkulose der Mamma die Drüsen der Achselhöhle vorher afficirt gewesen sind. Die Achseldrüsen verhalten sich dabei zur Mamma wie die Drüsen des Lungenhilus zur Lunge: die chronischen (skrofulösen) Schwellungen der ersteren werden zum Ausgangspunkte der Tuberkulose der letzteren. Die beiden Beobachtungen betreffen Patientinnen von 27 bez. 32 Jahren; sie werden ausführlich mitgetheilt unter folgenden Ueberschriften: 1) skrofulöse Antecedentien, adenitis axillaris chronica, konsekutive Tuberkulose der Mamma, Caverne mit käsigem Inhalt, kalte Abscesse, Eröffnung und Cauterisation mit dem Thermokauter; 2) skrofulöse Antecedentien, adenitis axillaris caseosa, Versuch der Exstirpation, histologische Untersuchung, verschiedene Indurationsherde in der Mamma.

E. Bardenhewer.

---

73. **Bauer** (Mörs), **Ein Fall von Meningitis tuberculosa, geheilt durch Jodoform.** (Deutsche Med. Wochenschrift 1882. Nr 18.)

Ein 5jähriges Mädchen, deren Mutter aus unzweifelhaft tuberculöser Familie stammt, erkrankt plötzlich unter Appetitlosigkeit, Obstipation, Lichtscheu, veränderter Stimmung, nächtlichem Aufschreien, Kopfweh und abendlichem Fieber bis zu 38,8. Im weiteren Verlauf die Lichtscheu bis zur Unerträglichkeit gesteigert, krampfhafte Leibschmerzen, muldenförmig eingezogener Leib, Kopf in die Kissen gebohrt, nächtliches Aufschreien, Zähneknirschen, Apathie. Puls „frequent, dann und wann durch einen langsameren Schlag gehemmt, die Temp. abwechselnd fieberhaft, der Athem oft unregelmässig.“ Neben indifferenter innerer Medication, äussere Jodformbehandlung. Näheres wird nicht mitgetheilt. „Die Besserung war eine auffallende.“ Der Schlaf wurde ruhiger, das Aufschreien in der Nacht verminderte sich, es trat mehr und mehr Appetit ein, die Lichtscheu schwand, der Stuhlgang wurde regelmässiger, das Fieber blieb aus. Die Jodoformbehandlung wurde 4 Wochen lang allerdings etwas unregelmässig fortgesetzt. Die Patientin genas vollständig.

Kohts (Strassburg).

---

74. **Negretto, Brevi cenni intorno alla cura perfrigerante della febbre tifoidea e storie cliniche di tre casi curati con un nuovo metodo.** Kurze Bemerkungen über die Kaltwasserbehandlung des Typhus und Bericht über drei, nach einer neuen Methode behandelte Fälle. (An. Univ. di medic. e chir. 1882. Heft 2.)

Verf. gibt zunächst eine Uebersicht über die Geschichte der Kaltwasserbehandlung des Typhus und bespricht die mit letzterer erzielten Resultate, die von ihren Gegnern gemachten Vorwürfe und die verschiedenen Methoden ihrer Anwendung. Er erwähnt des Näheren die Methode von Dumontpallier (Einhüllen des Rumpfes in eine Decke von neben einanderliegenden Kautschukröhren, in welchen Wasser von bestimmter, leicht zu regulirender Temperatur circulirt), ferner die von Burresi (permanente Eisblase auf Abdomen, Brust und Kopf und Eis innerlich), endlich die von Cantani (continuirliches Trinken kleiner Quantitäten kalten Wassers, bis zu 14 Liter pro Tag). Er findet die günstige Wirkung jeder Art von Kaltwasserbehandlung, speciell der Bäder, weniger in der Wärmeentziehung als vielmehr in der mächtigen Einwirkung auf das Centralnervensystem, besonders auf die vasomotorischen und wärmeregulirenden Centren. Die Methode von Cantani hat er in 29 Fällen geprüft, aber gefunden, dass nur wenige Kranken so grosse Quantitäten Wassers vertragen; bei den meisten stellt sich schon bei 3—4 Liter täglich Abneigung, Uebelkeit, Gefühl von Schwere

im Magen und Erbrechen ein. Er glaubt nicht an die Möglichkeit der von Cantani angenommenen Elimination der infectiösen, pyrogenen Stoffe in Folge der durch das reichliche Wassertrinken hervorgerufenen starken Diurese. Angeregt durch die Experimente Lapins über die antifebrile Wirkung kalter Klystiere stellt Verf. eine Reihe von Untersuchungen über das Verhalten der Körpertemperatur bei fiebernden und nicht fiebernden Personen nach Eingiessung grösserer Mengen kalten Wassers per Rectum an. Seine Resultate sind folgende:

1. Das kalte Enteroklysma setzt die Temperatur herab und ist diese Wirkung von einer gewissen Dauer. In der Achselhöhle wird nach einem Enteroklysma von 1—2 L. Wasser von 10° C. die frühere Temperatur nach 40—50 Min., am Epigastrium nach 1 St. und 10 Min., im Rectum nach 1½ Stunde wieder erreicht. Hat das Wasser nur 5° C., so ist die Dauer der Abkühlung eine längere.

2. Die Erniedrigung der Temperatur ist stärker bei fiebernden als bei nicht fiebernden Personen, bei Ersteren in der Achselhöhle 0,5—0,6° C., am Epigastrium 1,5°, im Rectum 1,5°—5° C., bei Letzteren in der Achselhöhle 0,3—0,4° C., am Epigastrium 1,2—1,3° C., im Rectum 1,3—2,5° C.

3. Das Enteroklysma von 10° C. wird immer gut ertragen und führt oft ein Gefühl von allgemeiner Erfrischung herbei. Das Enteroklysma von 5° C. wird von Einigen nicht ertragen und ruft bei andern unangenehme Gefühle im Leibe hervor; bei Recurrens erzeugt es zuweilen Frostschauer.

4. Es tritt nicht allein Erniedrigung der Temperatur, sondern auch Verminderung der Puls- und Respirationsfrequenz ein.

Gestützt auf diese Beobachtungen wandte N. in 3 Fällen von schwerem Ileotyphus Enteroklysmen von 10° C. bis zu 4 Liter pro die an. Der Erfolg war ein sehr guter, indem trotz der Schwere der Fälle in 16 resp. 11 und 12 Tagen der Krankheitsprocess vollständig abgelaufen war; die längere Dauer im ersten Falle erklärt N. durch die weniger regelmässige Application der Enteroklysmen. Zu 1000 gr Flüssigkeit setzte er 1½ gr Chloral, welch' letzterem Mittel er temperaturherabsetzende und antizymotische Eigenschaften zuschreibt. Zugleich wirkt dasselbe günstig zur Bekämpfung der Gefahren einer übermässigen nervösen Aufregung, während es in Fällen mit tiefem Sopor contraindicirt ist. N. sah nach den kalten Eingiessungen niemals unangenehme Folgen. Die Kranken fühlten sich nach derselben erfrischt und liessen sie sich daher sehr gerne gefallen. Dem Einwande, dass das unter ziemlichem Druck stehende Wasser (der Recipient wurde gewöhnlich in einer Höhe von 2 Metern über dem Bett gehalten) an den geschwürig veränderten Stellen des Darmes Perforation erzeugen könne, begegnet Verf., indem er daran erinnert, dass kalte Eingiessungen schon früher mit gutem Erfolg bei chronischen Darmgeschwüren gemacht worden seien und dass der Druck des bis in den Dünndarm gelangten Wassers nicht mehr sehr hoch sein könne. Er meint, dass durch recht frühzeitige Anwendung der Enteroklysmen die Geschwürsbildung vielleicht sogar verhindert resp. gemildert werden könne. Den in Folge von Atonie der Darmmuscularis entstandenen Meteorismus

sah N. ebenfalls durch die kalten Eingiessungen in günstiger Weise beeinflusst. N. fordert daher zu weiteren Versuchen dieser Methode der Typhusbehandlung auf.

Brockhaus (Godesberg).

---

75. **L. Fürst, Ueber „acute Rhachitis"**. (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1882, 2. und 3. Heft.)

Unter dem Namen „acute Rhachitis" ist von verschiedener Seite ein Krankheitsbild aufgestellt worden, veranlasst durch die nicht seltenen Beobachtungen, in welchem unter dem Bilde einer acuten Krankheit, unter Allgemeinerscheinungen, Fieber, hochgradiger Schmerzhaftigkeit des Skeletts, Schwellung, Röthung, erhöhter Temperatur, Schmerz der Weichtheile sich das bekannte Bild der chronischen Rhachitis entwickelt hat. Mit Ausnahme weniger Fälle, welche mit Rhachitis gar nichts zu thun haben, sondern wahrscheinlich als acute Gelenk- resp. Knochenentzündungen aufzufassen sind, ist bei den übrigen der wirklich rhachitische Charakter der Affection unzweifelhaft. Dafür sprechen das gleichzeitige oder rasch nach einander erfolgende Anschwellen der Gelenkenden vom Röhrenknochen bei anämischen kachektischen Kindern bei hochgradiger Schmerzhaftigkeit des Skeletts, besonders an den befallenen gerötheten Stellen mit allmählichem Rückgang der Erscheinungen und Wiederkehr der Functionsfähigkeit und partiellem Zurückbleiben von Verdickungen und Difformitäten. Dazu kommt noch die z. Th. ererbte rhachitische Disposition, das in der Reconvalescenz beobachtete stärkere Längenwachsthum, die Erfolglosigkeit der Antiphlogose — alles Erscheinungen, wie sie für Rhachitis und nur für diese charakteristisch sind. — In der Frage, welche Stellung diesem acut verlaufenden Krankheitsbild gegenüber dem typischen chronischen zu geben sei, sind die einzelnen Autoren verschiedener Meinung. Während die einen die „acute Rhachitis" für eine vollständig selbstständige von der chronischen Form verschiedene Erkrankung auf constitutioneller Grundlage halten, ist Senator der entgegengesetzten Ansicht und deutet dieselbe als sehr seltene intensive, acute Form der gewöhnlichen lokalen Rhachitis. Andere führen die acuten Erscheinungen auf intensives Knochenwachsthum (Bohn), andere auf wirkliche multiple Knochenentzündungen zurück (Oppenheimer). Die meisten sind der Ansicht, und diesen schliesst sich auch der Verf. an, dass es sich hier nicht um eine besondere Krankheitsform, sondern um ein mehr acut verlaufendes Initialstadium der Rhachitis handelt. Der vom Verfasser beobachtete und ausführlich mitgetheilte Fall ist im Original nachzulesen.

Kohts (Strassburg).

---

76. **Steffen, Ueber acute Dilatatio cordis.** (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1882, 2.—3. Heft.)

Acute Dilatatio cordis kommt zu Stande durch
1) Endocarditis.
2) Blutstauung.
3) Infectiöse Krankheiten.

ad 1. Je nachdem die Klappen oder nur das Endocardium der Wandung afficirt sind, besteht zugleich Insufficienz oder die Dilatation für sich allein. Dieselbe kann sich vollständig zurückbilden, auch wenn die Klappeninsufficienz persistirt.

ad 2. Die Blutstauung kann veranlasst sein durch Processe in den Lungen, durch Erguss in die Alveolen und Branchiolen oder acute Blähung, wie sie namentlich bei Keuchhusten vorkommt. „Anderseits kommt acute Dilatation des linken Ventrikels zu Stande durch Ueberarbeitung des Herzens und Stauungen des Blutes in epileptischen Anfällen und namentlich bei diffuser Nierenentzündung. Geht letztere in Schrumpfung über, dann folgt der Dilatation allmählich die Hypertrophie des linken Ventrikels nach." Letztere Thatsache belegt Verf. mit einer eigenen Beobachtung.

ad 3. Verf. theilt einen Fall von septischer Infection mit. Bei einem wegen Caries Amputirten stellten sich wiederholt Schüttelfröste mit Collaps in Folge von Osteomyelitis im Stumpf ein. Bei jedem Frostanfall war acute Herzdilatation zu constatiren, die jedesmal eben so schnell wieder verschwand, zuletzt dauernd nach Resection des kranken Stumpfes. — Bei Scharlach kann die Dilatation auf doppelte Weise zu Stande kommen, entweder allein durch Erschlaffung der Herzmuskulatur in Folge der durch das Scharlachgift veränderten Blutbeschaffenheit oder durch Entwicklung einer Nephritis. Im letzteren Falle tritt sie häufiger ein und betrifft hauptsächlich den linken Ventrikel. Es wird ein Fall von acutem Auftreten einer hochgradigen Dilatatio cordis bei Scharlachnephritis, bei Orthopnoe, beträchtlicher Abnahme der Diurese mitgetheilt. 4 Tage später am Herzen normale Verhältnisse, Diurese bedeutend vermehrt. Es war in dem Falle Secale cornut. 0,5 2stdl. gereicht worden; in wie weit dasselbe die schnelle Rückbildung der Dilatation beeinflusst hat, lässt Verf. unentschieden, glaubt aber doch, auf ähuliche Erfolge gestützt, dasselbe empfehlen zu dürfen.

Kohts (Strassburg).

---

77. **Hirschsprung** (Kopenhagen), **Grosser Herztuberkel bei einem Kinde.** (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1882, Heft 2—3.)

Ein 8jähriges Mädchen aus angeblich gesunder Familie, früher selbst immer gesund, schon seit einem $^1/_2$ Jahre kränkelnd mit Kopfschmerzen, Müdigkeit, manchmal Erbrechen, aber erst seit 8 Tagen

acut mit Frost, Delirien erkrankt, bot bei der Aufnahme ins Spital Temp. 39,7, Puls 138, Resp. 52; geringen Husten, es klagte über Schmerzen vorn auf der Brust; das Sensorium war frei. Herz und Lungen zeigten nichts Abnormes, Leber vergrössert. In den nächsten Tagen continuirliches Fieber, zunehmender Husten. Ueber den Lungen überall tympanitischer Schall, subcrepitirendes Rasseln l. hinten in der Reg. infrascapul. und seitlich. Am auffallendsten war die in hohem Grade tumultuarische Herzaction, diffuse über das ganze Praecordium ausgebreitete Pulsation, absolute aber nicht vergrösserte Herzdämpfung. Herztöne dumpf aber rein, in der Herzgegend ein Geräusch, dessen Verhältniss zu den Tönen sich nicht bestimmen liess, das ebensogut als Reibungs- wie als Rasselgeräusch gedeutet werden konnte. Puls frequent, auffallend klein. In den nächsten Tagen Fieber etwas geringer, Nachts Delirien, mässige Cyanose. Herztöne blieben rein, die Herzaction etwas weniger tumultuarisch; dagegen breitete sich die Dämpfung vom Praecordium nach oben bis zur 2. Rippe, links bis zur vorderen Axillarlinie aus; der Sternalrand wurde aber nicht überschritten, die Leber nahm an Grösse zu, reichte unter den Nabel herab. Die Cyanose nahm zu, die Temp. fiel unter die Norm; Tod am 7. Tage des Spitalaufenthaltes. — Die Section ergab eine Miliartuberculose. Die Lungen nur vorne links um das Herz herum luftleer mit käsig pneumonischen Herden durchsetzt. Spärliche Tuberkel auf der Pleura. Bronchial- und Mesenterialdrüsen käsig. Tuberculose der Milz. Stauungsleber. Aeltere pericarditische Auflagerungen mit Tuberkeln. Im Herzfleisch des l. Ventrikels ein wallnussgrosser in die Höhle hineinragender und dieselbe theilweise ausfüllender Tuberkel, an der Herzspitze an der Grenze des Septum und an der Wand entspringend. — Verf. hebt die Seltenheit der Affection und aus diesem Grunde die Schwierigkeit der Diagnose hervor.

Kohts (Strassburg).

---

78. E. Leyden, Ueber intermittirende Fieber und Endocarditis.
(Ztschr. f. klin. Med. IV. S. 221.)

Wiewohl das Vorkommen von intermittirendem Fieber und Schüttelfrösten im Verlauf der Endocarditis bekannt und die Wichtigkeit dieses Symptoms für die Diagnose der Endocarditis von mehreren Autoren hervorgehoben, ermangeln gleichwohl die in der Litteratur hierüber gemachten ziemlich spärlichen Angaben einer eingehenderen und detaillirteren Besprechung der einzelnen mannichfach verschiedenen Formen. Leyden unterscheidet deren 4.

Zu der ersten gehören diejenigen Fälle, bei denen Endocarditis eine Theilerscheinung septischer, pyaemischer Vorgänge (puerperale Sepsis, traumatische resp. operative Septicaemie, Eiterungen) ist und die Fieberfröste ebenso von der allgemeinen Sepsis wie von der Endo-

carditis abhängig gemacht werden können. Zur zweiten diejenigen Endocarditiden, welche mit mehr weniger intensivem und unregelmässigem Fieber einhergehen, in dessen Verlauf, ohne bestimmten Typus, Schüttelfröste auftreten (sog. erratische Fröste.) Solche Fälle sind von Traube, Litten, Volmer beschrieben.

Die 3. und 4. Gruppe haben das Gemeinsame, dass bei ihnen der Fieberverlauf einer mehr weniger regelmässigen Intermittens entspricht, sich aber in sofern trennen, als bei der einen eine Herzaffection nicht nachweisbar, dieselbe bei der Wirkungslosigkeit grosser Dosen Chinin nur vermuthet und die Diagnose erst im weiteren Verlauf, nach Auftreten localer Erscheinungen, embolischer Vorgänge, häufig aber auch erst durch die Autopsie sicher gestellt werden kann; — bei der anderen der Patient, welcher an einem gut compensirten Herzfehler leidet, nach anscheinend ganz unbedeutenden Ursachen von intermittirenden Fieberfrösten befallen wird, welche eine Malaria vortäuschen können.

Solcher in diese letzte Kategorie gehörenden Beobachtungen hatte L. Gelegenheit 4 zu machen; 2 in seiner Privatpraxis, zwei junge Officiere betreffend, welche beide an leichtem, sie im Dienst nicht behinderndem Herzfehler litten, und ohne rheumatische Erkrankung, und ohne Zunahme der Herzbeschwerden von intermittirendem Fieber befallen wurden. Der eine hatte in einem Hause gewohnt, welches als Intermittensheerd bekannt war, der andere schrieb sein Fieber dem Genuss nicht ganz frischer Austern zu. Chinin und Salicylsäue waren wirkungslos gegenüber den Fieberparoxismen. Unter allmählichem Zerfall der Kräfte ging der eine nach 4monatlicher Dauer der Krankheit, unter Steigerung der Herzbeschwerden, Pericarditis zu Grunde; der andere, welcher ebenfalls bedeutend herabgekommen war, entzog sich weiterer Beobachtung.

Die beiden anderen Fälle, deren Krankengeschichte und Sectionsergebnisse ausführlich mitgetheilt werden, kamen im Hospital zur Beobachtung. Bei dem einen, einem 22jähr. Kürschner, war die Endocarditis auf einen mehrmonatlichen Tripperrheumatismus zurückzuführen. Kurze Zeit nach Ablauf dieser letzteren Affection traten nach kurz vorausgehenden Störungen des Allgemeinbefindens in der Folge unregelmässig, häufig wiederkehrende intermittirende Schüttelfröste auf, gegen welche Chinin völlig wirkungslos sich erwies. Bei der Aufnahme war eine Insufficienz der Aortenklappen constatirt worden. Im weiteren Verlauf Auftreten schnell sich steigernder Dyspnoe. Tod in einem Anfall von Lungenödem. Die Section ergab ulceröse Endocarditis der Aortenklappen mit polypösen Auflagerungen; zahlreiche kleine myocarditische Herde besonders in der Nähe der inneren Ventrikelwand; mehre Milzinfarcte.

In dem zweiten Fall handelte es sich um einen 22jähr. Müllergesellen, welcher an einer postponirenden Tertiana gelitten, während deren Verlauf sich Herzbeschwerden einstellten. Bald darauf erkrankte er an Gelenkrheumatismus, welcher ohne Unterbrechung ¼ Jahr dauerte. Nach 2jährigem Wohlbefinden Wiederkehr intermittirender Frostanfälle, zuerst von quotidianem, später tertiärem Typus. Subjective Herzerscheinungen fehlten. Die Untersuchung ergibt Incufficienz der Aortenklappen. Unter Fortdauer und Steigerung der Frostanfälle, gegen

welche die Therapie machtlos, unter Auftreten von Embolien und hochgradigen Compensationsstörungen, Hydrops, Cyanose tritt nach sechswöchentlicher Dauer der Krankheit der exitus lethalis ein. Bei der Autopsie fand sich Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel, polypöse Excrescenzen an den Aortenklappen und vorderen Mitralklappe. Infarcte in Lunge, Milz und Nieren. Mikroskopisch fanden sich die Auflagerungen reichlich mit Mikrokokken infiltrirt, daneben Stäbchenbacterien, das Herzfleisch mit zahlreichen myocarditischen Herden von verschiedenem Alter durchsetzt.

Die Todesursache ist in diesen Fällen in der durch die intermittirenden Fieber herbeigeführten allgemeinen Schwäche und der durch die myocarditischen Veränderungen bedingte Herzschwäche zu suchen.

Die jedenfalls seltene Umwandlung einer abgelaufenen gutartigen Endocarditis zu einer so bösartigen Form, denkt sich L. durch Eindringen von Infectionsstoffen (Malariapilze und andere Infectionskeime) in den Körper erklärlich, welche auf den (bisher unschuldigen) Klappenvegetationen einen günstigen Boden zur Weiterentwicklung finden.

Wiewohl die Prognose solcher Fälle von Endocarditis mit intermittirenden Fieberanfällen eine fast absolut ungünstige zu sein scheint, so weist L. die Möglichkeit einer Heilung in leichten Fällen durch Elimination der Krankheitserreger, durch Verheilung der Ulcerationen und Verkalkung der Vegetationen nicht ganz von der Hand, für welche Annahme er einerseits in dem letzterwähnten Fall einige Anhaltspuncte findet — insofern er die während der ersten Frostanfälle auftretenden Herzerscheinungen als eine solche infectiöse Endocarditis auffasst, welche mit Hinterlassung eines gut compensirten Herzfehlers zur Ausheilung kam, — andrerseits eine zum Schluss noch angeführte Beobachtung zu sprechen scheint. Dieselbe betrifft eine 19jährige Dame, welche während 2 Jahren an hartnäckiger Intermittens gelitten, im Anschluss an welche Krankheit sich Herzklopfen und Kurzathmigkeit als Symptome einer objectiv nachweisbaren Mitralinsufficienz entwickelte.

Hindenlang (Freiburg).

---

79. **Dr. Ernst Remak, Zur Lokalisation saturniner Lähmungen der Unterextremitäten.** (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 7.)

Entgegen einer früher geäusserten Ansicht, wonach R. als Typus der saturninen Unterextremitätenlähmungen eine degenerative Lähmung der Mm. peronei und demnächst der Extensores digitor. longi bei Immunität des M. tibialis anticus aufstellte, theilt Verf. einen neuerdings beobachteten Fall von unzweifelhafter Bleilähmung des Unterschenkels mit, in welchem auch die Mm. tibialis ant. gelähmt und sowohl direkt als vom Nerven aus für beide Stromesarten unerregbar waren. Der Pat. hatte früher an Encephalopathia saturnina gelitten und bot bei der Aufnahme ausser saturniner Kachexie, Bleirand am Zahnfleische, eine typische Blei-

lähmung der Oberextremitäten, an den Unterextremitäten motorische Schwäche in toto und ausser der erwähnten Lähmung der Mm. tibial. ant. schwache Kontraktion der Wadenmuskeln. Die letzteren zeigen bei faradischer Reizung vom Nerven aus sowie intermuskulär nur spurweise Reaktion, während die Zehenbeuger und der Tibialis posticus vom Nerven aus prompt reagiren. Unter fortgesetzter galvanischer Behandlung besserten sich die Lähmungserscheinungen sehr langsam, während die abnorme elektrische Erregbarkeit unverändert blieb.

Es kann also für die Bleilähmung an den Unterextremitäten ein absoluter Lokalisationstypus nicht festgehalten werden. Bemerkenswerth ist, „dass auch diese unregelmässige Lokalisation besonders durch die Kombination von Lähmung des Tibialis anticus mit auf die Wadenmuskeln beschränkter partieller Lähmung des N. tibialis sich eng anschliesst an identische Formen echter atrophischer (poliomyelitischer) Spinallähmungen“.

Stintzing (München).

---

80. **A. Pitres, De la chute spontanée des ongles chez les ataxiques.** Das spontane Abfallen der Nägel bei Tabischen. (Progr. méd. 1882. Nr. 8.)

Im Anschluss an eine Mittheilung von Joffroy über den Verlust des Nagels der grossen Zehe bei einem Tabischen theilt P. zwei ähnliche Beobachtungen mit. Der erstere Fall betrifft einen 41 Jahre alten Kranken, welcher seit fünf Jahren an deutlich ausgesprochener Tabes litt. Drei Mal innerhalb dreier Jahre fielen bei demselben, ohne dass ein Trauma eingewirkt hätte, ohne vorausgehende Verschwärung und Eiterung, nachdem eine Zeit lang ein dumpfer Schmerz in den Zehen und insbesondere in den grossen Zehen bestanden hatte, die Nägel der grossen Zehen ab und wurden jedes Mal bald wieder durch neue ersetzt. — Der zweite Kranke, 44 Jahre alt, ist seit 18 Jahren tabisch und leidet seit zwei Jahren an einer (tabischen) Erkrankung des linken Kniegelenkes. Im Jahre 1870 stellte sich in der linken grossen Zehe ein „schmerzhaftes Gefühl des Schrumpfens und Kriebelns“ ein; ein Monat später fiel der Nagel dieser Zehe ab. Bald nachher entwickelte sich ein neuer normaler Nagel, welcher nach einem Jahre wieder abfiel. Und seitdem wird fast in jedem Jahre der Nagel der linken grossen Zehe nach spontanem Abfallen durch einen neuen ersetzt. Derselbe Vorgang trat in dieser Zeit an der rechten grossen Zehe zwei Mal auf.

P. hält es für sehr wahrscheinlich, dass es sich um Ernährungsstörungen handelt, welche, abhängig von der Rückenmarkskrankheit, den verschiedenen trophischen Störungen (Gelenkleiden, spontane Frakturen, Ausschläge, mal perforant u. s. w.), welche im Verlauf der Tabes so häufig auftreten, analog sind.

E. Bardenhewer.

---

81. **A. Waller und A. de Watteville, Ueber den Einfluss des galvanischen Stroms auf die Erregbarkeit der motorischen Nerven des Menschen.** (Neurolog. Centralbl. 1882, Nr. 7.) Vorläufige Mittheilung.

Die Verf. haben die Erregbarkeitsveränderungen, welche durch das Einleiten eines galvanischen Stromes in einen motorischen Nerven des Menschen bewirkt werden, in der Weise geprüft, dass sie den polarisirenden und prüfenden Strom in einen Kreis vereinigten und die Muskelkontraktionen nach der Methode von Mary auf einen rotirenden Cylinder aufschrieben. Bei Verwendung des faradischen Stromes als Prüfungsmittel wird die sekundäre Spirale in den polarisirenden Stromkreis eingeschaltet, bei Verwendung der Schliessung und Oeffnung eines galvanischen Stromes wird ein doppelter Helmholtz'scher Schlüssel so angeordnet, dass der polarisirende Strom nicht geöffnet wird; mechanische Reize werden durch die polarisirende Elektrode selbst übertragen.

Bei Applikation einer Elektrode auf die Haut über einem Nerven entsteht die sogen. „polare Zone" mit gleichem Vorzeichen wie die Elektroden unmittelbar unter derselben; und die „peripolare Zone" von entgegengesetztem Vorzeichen und in einem veränderlichen Abstand von der ersten. Die Dichtigkeit in der polaren Zone ist grösser als in der peripolaren. Die Vertheilung inducirter Ströme erfolgt wie bei galvanischen Strömen; der Erregungsvorgang bei Schliessung resp. Oeffnung fällt in die Kathoden- resp. Anoden-Zone, ein Induktionsschlag erregt wie eine galvanische Schliessung, d. h. nur in der Kathodenzone.

Ausgehend von diesen Prämissen kamen die Verf. zu folgenden Resultaten:

1. Während des Fliessens des galvanischen Stroms ist die (polare oder peripolare) Kathodenzone in einem Zustand gesteigerter Erregbarkeit, die (polare oder peripolare) Anodenzone in einem Zustand herabgesetzter Erregbarkeit.

2. Bei Steigerung der Stärke eines polarisirenden Stromes über ein gewisses Maass hinaus, scheint eine Invasion der anelektrotonischen durch die katelektrotonische Region (im physiologischen Sinne) stattzufinden . . . . .

3. Wenn der Strom nach hinreichender Polarisation unterbrochen wird, macht die vorhandene Erregbarkeitssteigerung in der katelektrotonischen Gegend einer deutlichen Herabsetzung der Erregbarkeit Platz und diese geht dann allmählich über in eine nachfolgende Erregbarkeitssteigerung von erheblicher Dauer (z. B. 1½ Stunden), auf der andern Seite macht die vorhandene Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit in der anelektrotonischen Zone unmittelbar einer Steigerung der Erregbarkeit Platz, welche sehr ausgesprochen und von langer Dauer ist.

Stintzing (München).

---

82. **Prof. v. Ziemssen, Edelmann's absolutes Einheits-Galvanometer.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXX. H. 5 u. 6. S. 589.)

Nachdem die physiologisch-therapeutische Subkommission des elektrischen Kongresses zu Paris die Einführung des absoluten Einheitsmaasses auch für die Physiologie und praktische Medizin empfohlen hat, war die Konstruktion eines für den praktischen Gebrauch geeigneten Maassinstrumentes dringendes Bedürfniss. Diesem ist nun durch das absolute Einheits-Galvanometer von Dr. Edelmann Genüge geleistet. In diesem sind durch die Dämpfungskraft einer soliden, den Glockenmagnet umgebenden Kupfermasse die Oscillationen der Magnetnadel vor der Erlangung einer Ruhelage völlig vermieden. Das Instrument ist ausserdem leicht transportabel und unempfindlich gegen mechanische Insulte. Edelmann hat ausser einem grösseren auch noch ein Taschengalvanometer hergestellt, welches sich mehr für die Verwendung in der Privatpraxis eignet.

Die genauere Beschreibung der Instrumente ist im Original nachzusehen. Das grössere Galvanometer ist mit Vorrichtungen versehen, welche es gestatten, den Strom entweder in voller Stärke durchzuleiten, oder durch Einschaltung von Widerständen auf seinen 10., 100. oder 1000. Theil zu reduziren, so dass es also auch zur Messung stärkerer als in der Therapie gebräuchlicher Ströme zu verwenden ist. Auf einer unter dem Zeiger angebrachten Theilung liest man die Stromintensität unmittelbar in Milliampères (=$^1/_{1000}$ Ampère, 1 Ampère ist die neuvereinbarte Einheit und entspricht der alten „Weber"-Einheit). Das Galvanometer gestattet die Messung von Stromintensitäten von 2 Ampères herab bis zu 0,00001 Ampère. Eine weitere Vorrichtung gestattet auch mit Hülfe der Ohm'schen Gleichung die Messung elektro-motorischer Kräfte von Elementen geringeren Widerstandes.

Das Taschengalvanometer ist kleiner an Volumen und wird in eine Holzkapsel eingeschlossen. Es dient zu Messungen zwischen 0 und 200 Milliampères.

Stintzing (München).

---

83. **D'Espine, Eclampsie urémique scarlatineuse guérie par la saignée.** Uraemische Eklampsie nach Scharlach durch den Aderlass geheilt. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 4.)

Ein 19j. Mädchen hatte sich in der dritten Woche eines mässig heftigen Scharlachs einer Erkältung ausgesetzt. Am 3. Tage nachher heftige Kopfschmerzen, von starkem Nasenbluten begleitet; Oedem des Gesichts und der Hände, Athemnoth, Urin sehr spärlich mit starkem Gehalt an Eiweiss, vielen Cylindern und Epithel der Harnkanälchen. Im Laufe des folgenden Tages drei heftige eklamptische Anfälle, gegen die ohne Erfolg Pilocarpin in Solution und Chloral per Klysma angewendet worden. Nach dem dritten Anfall ein Aderlass von wenigstens

200 gr Blut. Darauf Nachlass der bedrohlichen Erscheinungen und Uebergang in Reconvalescenz, so dass Pat. nach 8 Tagen das Hospital verlassen konnte. Die Untersuchung des Bluts ergab ein Gehalt von 6,5 % Harnstoff im Serum und von 3,3 % im Gesammtblute; die bezüglichen normalen Ziffern sind 0,6 % resp. 0,11—0,16 %. Der Kaligehalt des Serum war 0,737 %, während normales Serum nur Spuren von Kali enthält; der Kaligehalt des Gesammtblutes war 0,923 % gegen 0,314 % in der Norm. Im Urin war der Gehalt an Harnstoff am Tage der Anfälle 21 gr im Liter gegen 25,4 gr in der Norm.

Der Verf. interpretirt den urämischen Anfall folgendermassen:

1. Vermehrung des Kali im Serum durch den nicht eliminirten Detritus der zerstörten Blutkörperchen. Der Zerfall dieser letzteren wird vielleicht durch die enorme Menge Harnstoff im Serum begünstigt.

2. Starke Vermehrung des arteriellen Drucks durch die directe Wirkung der Kalisalze auf das Endocard und dadurch auf die Herznerven.

Die gute Wirkung des Aderlasses erklärt Verf. durch Elimination des Uebermasses des toxischen Agens, dessen allmähliche Anhäufung den urämischen Anfall erzeugt und durch rasche Verminderung der arteriellen Spannung.

Brockhaus (Godesberg).

---

84. **W. Ebstein, Ein Fall von Cystinurie.** (D. Arch. f. kl. Med. XXX. pag. 594.)

E. reiht an seine früheren Beobachtungen einen neuen Fall von Cystinurie, deren er im Ganzen in relativ kurzer Zeit 5 zu untersuchen Gelegenheit hatte. Ein 40jähriger Kaufmann, welcher 1858/59 Schanker und Bubo acquirirt hatte, consultirte E. 1880 wegen seiner Kopfbeschwerden, als deren Ursache schmerzhafte Knochenauftreibungen am l. arcus supraorbitalis und r. os parietale sich ergaben.

Bei der Untersuchung des Harns zeigte sich ein mässig reichliches, grauweisslich aussehendes Sediment, welches bei genauerer Untersuchung aus sechsseitigen Cystintafeln bestand. Der Harn zeigte keinerlei andere krankhaften Beimischungen, war frei von Eiweis und Zucker. Reaction stets sauer. Durch eine Inunctionscur (112,0 Ung. ciner.) wurde Pat. sowohl von seinen Schmerzen befreit als auch war eine bedeutende Zunahme des Körpergewichts zu verzeichnen gewesen.

Die bei dieser Gelegenheit angestellten Harnuntersuchungen ergaben kurz folgende Resultate:

1. Im Tagharn fand sich, gegenüber den Angaben Bartels, mehr Cystin wie im Nachtharn.

2. Die Einnahme eines Linsengerichts steigerte die Cystinausscheidung beinahe auf das 3fache, entgegen den Beobachtungen Bartels,

bei dessen Kranken die Aufnahme verschiedener Speisen und Getränke ohne wesentlichen Einfluss auf die Cystinausscheidung war.

3. Verlor sich, — dies verdient besonderes Interesse — im Verlauf der Schmierkur die Cystinausscheidung theils ganz, theils bis nur auf Spuren und hatte ein wiederum verabreichtes Linsengericht jetzt keinen Einfluss auf die Cystinausscheidung.

4. Die Schwefelsäuremenge war im Allgemeinen eine normale und war in diesem Falle ein Steigen oder Fallen mit der Cystinmenge nicht zu constatiren.

5. Die Harnsäureausscheidung erwies sich als gering, doch war sie nicht in dem Maasse vermindert, dass diese Beobachtung zur Stütze der Ansicht beigezogen werden konnte, dass das Cystin auf Kosten der Harnsäure gebildet werde.

Hindenlang (Freiburg).

---

85. **Raimondi e Bertoni, Sull' azione tossica dell' idrossillamina.** Ueber die toxische Wirkung des Hydroxylamin. (An. univ. di med. e chir. 1882. Heft 2.)

Das von Lossen unter den Reductionsproducten des Salpetersäure-Aethylaethers entdeckte Hydroxylamin (NH_2OH) bildet einen dem Ammoniak ähnlichen, im freien Zustand sehr unbeständigen Körper von schwach basischen Eigenschaften. Mit Chlorwasserstoffsäure verbindet es sich zu einem Salze, welches aus alkoholischer Lösung in langen prismatischen Nadeln, aus wässriger in Tafeln auskrystallisirt. Da dieses Salz jetzt häufiger im Handel vorkommt und durch Verwechslung mit andern, ähnlich aussehenden und therapeutisch verwertheten Stoffen zu Vergiftungen Anlass geben könnte, haben die Verf. seine Einwirkung auf den thierischen Organismus in einer Reihe von Experimenten geprüft. Das Hydroxylamin und seine Salze besitzt stark reducirende Eigenschaften; die salzsaure Verbindung löst sich gut, auch in kaltem Wasser. Die Lösung ist farblos und hat einen stechenden Geruch. Die tödliche Dosis für Frösche war nach den Versuchen der Verf. $2^1/_2$ mgr bei subcutaner Injection, 5 mgr bei Einverleibung per os. Bei Warmblütern war die toxische Dose je nach der Grösse und dem Körpergewicht höher; für den Menschen wird dieselbe auf 1 gr bei subcutaner Anwendung veranschlagt. Nach Einverleibung kleinerer Dosen tritt zunächst ein Excitationsstadium mit Convulsionen, tetanischen Contractionen, Verstärkung der Energie und Häufigkeit der Herzcontractionen ein, dem bald Collaps und Asphyxie folgen; bei grösseren Dosen fehlt das erste Stadium gänzlich oder ist von ganz kurzer Dauer. Das Blut nimmt eine dunkle, chocoladenähnliche Färbung an. Die Temperatur ist im Excitationsstadium etwas erhöht, fällt während des Collapses unter die Norm, um bei nicht tödtlich verlaufenden Fällen nachher

wieder etwas über die Norm zu steigen. Bei der Section findet man nur veränderte Farbe des Blutes und Stillstand des Herzens in Diastole, daneben keinerlei organische Laesionen. Bei Einverleibung per os zeigt der Magen keine Spur von Entzündung oder Anätzung. In den Fällen, wo der Tod unter dem Bilde einer langsam verlaufenden Asphyxie eintritt, findet man zuweilen Congestionserscheinungen in den untern Lungenlappen. Die Form der rothen Blutkörperchen ist anfangs unverändert, erst längere Zeit nach Einverleibung des Giftes werden die Contouren unregelmässig. Letzteres tritt rascher und deutlicher ein, wenn man dem Blute Hydroxylamin in grösserer Quantität direct zusetzt. Die spectroscopische Untersuchung ergab vollständiges Verschwinden der Oxyhaemoglobinstreifen, ohne Auftreten von Streifen an anderen Stellen des Spectrums. Behandelt man eine Blutprobe mit einer reducirenden Substanz, z. B. Schwefelammonium, wodurch bekanntlich unter Verschwinden der beiden Streifen des Oxyhaemoglobins der für das reducirte Haemoglobin charakteristische Streifen auftritt, und setzt dann dieser Mischung salzsaures Hydroxylamin zu, so nimmt dieselbe eine intensiv grüne Färbung an; der Streifen des reducirten Haemoglobins verschwindet und es bildet sich ein anderer, schmälerer und schärfer ausgeprägter im Roth. Die Verfasser folgern hieraus, dass das Hydroxylamin sich dem Blutfarbstoff gegenüber nicht als einfach reducirende Substanz verhalte, sondern dass es mit ihm, ähnlich wie Kohlenoxyd, Blausäure etc. eine Verbindung eingehe. Um den Tod herbeizuführen braucht nicht aller Blutfarbstoff in dieser Weise verändert zu sein. Bei nicht letal endigenden Fällen, in denen die Chocoladenfarbe des Blutes allmählich der normalen rothen Farbe weicht, glauben die Verf., dass durch den Sauerstoff der eingeathmeten Luft die Verbindung des Blutfarbstoffs mit dem Hydroxylamin wieder zerstört wird. Anlangend die Umwandlungsproducte des Hydroxylamins im Blute schliessen die Verf. aus ihren bezüglichen Untersuchungen, dass es sich in salpetrige und schliesslich in Salpetersäure umsetze. Zum Nachweis des Hydroxylamins und seiner Salze benuzten die Verf. die Eigenschaft desselben, in alkalischer Lösung Kupferoxydsalze zu reduciren. In Vergiftungsfällen empfehlen sie anfangs Brechmittel, denn Excitantien und die künstliche Respiration, ev. intraperitoneale oder directe Transfusion.

Brockhaus (Godesberg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 18 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 20. Mai. Nro. 7.

86. **Dr. Ferdinand Hueppe** (Berlin, Reichs-Gesundheits-Amt), **Ueber einige Vorfragen zur Desinfectionslehre und über die Hitze als Desinfectionsmittel.** (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1882. Heft 3.)

Verf. bespricht unter „Vorfragen“ zunächst die Objecte, mit denen sich die Desinfection zu befassen hat. Es sind dies 1. die ungeformten Fermente oder Enzyme, 2. die organisirten Fermente: Pilze und Spaltpilze, bei denen die Desinfection die Entwicklungsfähigkeit der Pilze und ihrer Sporen zu hemmen die Aufgabe hat, 3. die putriden Stoffe. Die Untersuchungen und Betrachtungen, welche man über das Verhältniss dieser Stoffe zu den Microorganismen und ihre Wechselwirkung bei Erzeugung von Infectionskrankheiten angestellt hat (welche Verf. kurz bespricht), haben ergeben, dass die putriden Stoffe meist nur als das Product der Organismen anzusehen sind, ihre Vernichtung deckt sich also mit der Vernichtung der Pilze.

Die trockne Hitze ergab sich zunächst als „kein absolutes, sondern nur ein innerhalb enger Grenzen wirksames Desinfectionsmittel."

Die ungeformten Fermente können im trocknen Zustande eine Hitze von 130—140° leicht bis zu 2 Stunden und selbst 160—170° bis zu 1/4 Stunde ertragen, ohne ihre Wirksamkeit einzubüssen.

„Lebende Bacterien wurden durch mehrere Stunden einwirkende trockne Hitze im Allgemeinen schon bei 70 bis 75°, ganz sicher aber erst durch 2 1/2 Stunden einwirkende Hitze von ca. 100° getödtet. Die Sporen von Schimmelpilzen erlagen bei 110—118° in 1 1/2 Stunde; die von Penicillien nach Pasteur bisweilen erst bei 127°. Bei einstündigem Einwirken einer Temperatur von 140° C. wurden Milzbrandsporen nur zum Theil getödtet, die der Erd- und Heubacillen nicht. Erst bei dreistündiger Einwirkung der trocknen Hitze von 140° C. waren alle Sporen sicher vernichtet. Entgegen der Annahme von Naegeli hatten die durch trockene und feuchte Hitze nicht getödteten, sondern nur geschwächten Microorganismen ihre specifischen Eigenschaften nicht verloren, sie waren nicht verändert und zur Ansteckung vollständig tauglich geblieben."

Des Ferneren ergab sich, dass die Vertheilung der trocknen Hitze in den zu desinficirenden Gegenständen keine gleichmässige war, indem auch nach längerer Einwirkung der Hitze im Innern eines aus mehreren Schichten bestehenden Gegenstandes (z. B. eines Bündels Kleider) die Temperatur erheblich niedriger als wie der Hitze aussen blieb. Auch verloren die auf diese Weise behandelten Gegenstände mehr oder minder an Aussehen und Gebrauchsfähigkeit.

Für die Praxis, wo die Art des zu vernichtenden Krankheitskeimes nicht immer bekannt ist, ist demnach die trockne Hitze als Desinficiens nicht zuverlässig.

Die Siedetemperatur des Wassers vermag bei längerer Einwirkung alle Bacterien sicher zu tödten, doch ist diese Methode nicht überall anwendbar. Dagegen haben die Versuche mit heissen Dämpfen von 100° C. ergeben, dass diese die Milzbrandsporen in 5 Minuten, und die enorm resistenten Sporen der Erdbacillen in 15 Minuten sicher vernichteten, und dass sie dabei bis in das Innere auch voluminöser Gegenstände mit kaum verminderter Temperatur leicht einzudringen vermochten, und doch die so behandelten Gegenstände, wie Kleider, Wäsche, Decken, Bettutensilien etc. relativ unbeschädigt liessen. Die vollständige Wirkung ist nach 3stündiger Einwirkung der heissen Dämpfe sicher zu erwarten.

Diese Methode der Desinfection ist im städtischen Barackenlazareth zu Moabit von Merke angenommen, wird mit überhitztem Dampf ausgeführt und liefert vollständig befriedigende Resultate.

Bartold.

87. **Prof. Dr. E. Küster** (Berlin), **Ein Fall von halbseitiger Gesichtsatrophie.** Krankenvorstellung in der Berl. Med. Gesellschaft. (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 2.)

Der Fall, wie Verf. glaubt der 19. bis jetzt bekannt gewordene[1]), betrifft eine 59jährige Frau, welche einige Monate nach einer Geburt in ihrem 28. Jahre bemerkte, dass ihre linke Wange einsank. Die Affektion ist seitdem langsam fortgeschritten. Gegenwärtig ist die l. Gesichtshälfte im ganzen Bereich des N. trigeminus ergriffen. Auf der Stirn 2 fingerbreite Furchen, das l. Auge tief eingesunken, Sehkraft und Augenhintergrund normal. L. Wange tief wie eine Narbe eingezogen. L. Mundwinkel etwas in die Höhe gezogen, Nase etwas nach links abweichend. L. Nasenloch zu einer schmalen Spalte verengt, Nasenknorpel linkerseits atrophisch. Atrophie der Kaumuskulatur. Kinnhaut nicht auffallend verändert. Zunge weicht etwas nach links ab. Gaumenmuskulatur symmetrisch. Was den Fall vor den übrigen auszeichnet ist der Umstand, dass die Knochen an der Atrophie nicht theilnehmen, sowie der späte Beginn des Leidens (im 28. Jahre; in den bisherigen Fällen meist vor dem 20. Jahre). Der Fall zeigt, dass die Knochen, wenn einmal ihr Wachsthum vollendet ist, völlig unberührt bleiben können.

Stintzing (München).

---

88. **Langer** (Wien), **Hypnose und Katalepsie bei einem hysterischen Mädchen.** (Wien. med. Wochenschr. Nr. 18.)

Ein 20jähriges kräftiges Mädchen bekam vor 3 Jahren in Folge eines Schrecks einen Anfall von Bewusstlosigkeit, über dessen Natur nichts Genaueres zu ermitteln war; derartige Anfälle wiederholten sich im Laufe der nächsten Wochen mehrmals nach Gemüthsbewegungen, sistirten dann aber für längere Zeit (2 Jahre) bis 6 Wochen vor dem Spitaleintritt. Innerhalb dieser letzten Wochen stellten sie sich oft täglich 1—6 mal ein, pausten auch hie und da mehrere Tage lang.

Die Beobachtung im Spital ergab, dass solche Anfälle spontan eintreten, aber auch durch verschiedene Mittel künstlich hervorgerufen werden konnten, z. B. durch Fixirenlassen eines vorgehaltenen Gegenstandes, durch forcirtes Zurückbeugen des Kopfes. Die Anfälle dauerten meist 5—10 Minuten, konnten durch lautes Anrufen, Besprengen mit Wasser und Anfangs auch durch Druck auf die Ovarialgegend beendigt

---

1) Cf. hierzu Dr. H. Wette, Hemiatrophia facialis progressiva, in den Annalen des städt. allgem. Krankenhauses zu München 1881, p. 600. (Ref. in dies. Centralbl. 1881, Nr. 35.) Hier finden sich 43 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt, worunter 14 Fälle ohne Betheiligung der Knochen.

werden, während später gerade durch Druck auf diese Stelle sich die Anfälle einstellten.

Im Anfall war der Gesichtsausdruck der einer ruhig Schlafenden.

Erscheinungen der flexibilitas cerea treten bei manchen Anfällen deutlich hervor, immer nur aber an den oberen Extremitäten.

Während der Anfälle gab Pat. niemals auf Anfragen eine Antwort. Es bestand völlige Anaesthesie und Analgesie bei gesteigerten Muskel- und Sehnenreflexen.

Von Interesse bei diesem Fall sind die Untersuchungen über das Verhalten der Muskulatur gegen elektrische Ströme. In der anfallsfreien Zeit bestand bedeutende Hyperexcitabilität auch gegen schwache Inductionsströme, in den Anfällen war sowohl die allgemeine Reflexerregbarkeit als die muskuläre Erregbarkeit durch inducirte Ströme bedeutend herabgesetzt, in schweren Anfällen fast gänzlich erloschen. Der verminderten faradomuskulären Erregbarkeit stand eine beträchtliche Steigerung der galvanischen Muskelerregbarkeit gegenüber während der Dauer der Anfälle. In der anfallsfreien Zeit war die galvanische Erregbarkeit ungleich schwächer.

Die Kranke bekam täglich 3,0 Bromkali, worauf die Anfälle immer seltener wurden, schliesslich spontan gar nicht mehr auftreten und künstlich nur in schwacher Form hervorgerufen werden konnten.

Seifert (Würzburg).

---

89. **Dr. F. Siemens** (Marburg), **Notizen zur Epilepsie.** (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 5.)

Anknüpfend an Magnan's Vorträge über Epilepsie (Progr. méd.) theilt S. einige Beobachtungen mit.

1. Nach der Angabe der meisten Autoren (Magnan, Nothnagel, Russel-Reynolds, Robin, Witkowski) sind im tonischen Stadium die Pupillen erweitert. Verf. hat bei einer Epileptischen (in Folge von epidem. Ergotismus) beobachtet, dass jedesmal mit dem Schrei eine Verengerung ad maximum eintritt, die sehr rasch mit dem eintretenden Tonus in eine Erweiterung ad maximum bei gleichsinniger Ablenkung der Augen nach oben übergeht. In dem nach einigen Sekunden folgenden klonischen Stadium sind die Pupillen noch stark, aber nicht mehr ad maximum erweitert und gehen im Stadium des Stertor und Coma zurück, um sich endlich bei eintretendem Schlaf zu verengern. Die während der Verengerung und Erweiterung starren Pupillen fangen erst allmählich gegen Ende des klonischen Stadiums an etwas auf Licht zu reagiren.

2. Ein Merkmal zur Erkennung der Simulation ist nach Magnan der Krampf des N. sternocleidomastoid., der von den Simulanten falsch nachgeahmt wird; sie senken das Gesicht nach der Seite des Krampfes,

anstatt unter Annäherung des Ohres an das Sternum das Gesicht nach oben zu wenden.

3. Die Beobachtung Magnan's, dass im tonischen Stadium die Gehirngefässe erweitert sind und der Blutdruck steigt, während er im Klonus sinkt, stimmt mit den sphygmographischen Radialiskurven, welche Verf. im 2. und 3. Stadium des Anfalls gewonnen hat.

Stintzing (München).

90. **Prof. Dr. A. Eulenburg** (Greifswald), **Ueber einige Reflexe im Kindesalter.** (Neurolog. Centralbl. 1882, Nr. 8.)

Eine Prüfung der verschiedenen Reflexe, angestellt an 124 Kindern von 1 Monat bis zu 5 Jahren, zeigte, wie eine frühere Untersuchung des Verf., dass bei Kindern das Kniephänomen relativ häufig fehlt, nämlich in 5,6% beiderseitig, in 2,4% einseitig (bei Erwachsenen überhaupt nur in 1,6%). Das Fussphänomen fehlte oder war sehr undeutlich in 81,4%, Tibialreflex fehlte in 87,1%, Radiusreflex in 87,6%. Dagegen waren die als unzweifelhafte Reflexe aufzufassenden Haut- und Schleimhautreflexe (Bauchreflex, Nasenreflex, Corneal-Pupillarreflex) ganz konstant vorhanden; nur der Ohrreflex fehlte einzelne Male. Der Cremasterreflex fehlte in 25,6%. — Eine Tabelle veranschaulicht die Vertheilung der Reflexe auf die verschiedenen Stufen des Kindesalters. — Die Prüfung der Reflexe bei einer grösseren Anzahl fiebernder Kinder führte zu keinem konstanten Resultat.

Stintzing (München).

91. **Dr. G. Winter, Nervendehnung bei Tabes.** Aus der Heidelberger med. Klinik. (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 8.)

Tabes dorsalis bei einer 38jähr. Patientin. Seit 9 Jahren lanzinirende Schmerzen, seit 1½ Jahren Ataxie, seit 6 Wochen Cystitis. Sensibilität normal. Patellarsehnenreflexe fehlen. Schwanken beim Stehen, Umfallen beim Schliessen der Augen. Gang stampfend und schleudernd, ohne Unterstützung nicht möglich. Paralyse des L. Abducens (seit 9 Jahren). Am 26. Nov. 1881 Dehnung des Ischiadicus einer Seite (Czerny), Prima intentio. 17 Tage nach der Operation alle Symptome gänzlich unverändert; das R. Bein sogar etwas unsicherer.

Stintzing (München).

92. **Prof. De Giovanni,** Direktor der mediz. Klinik in Padova, **Osservazioni relative al processe inflammatorio.** Beobachtungen über den Entzündungs-Process.

Die microscopischen Beobachtungen, welche Verf. mehrere Jahre hindurch über Zunge und Mesenterium der Hyla viridis angestellt hat, hatten den Zweck den Antheil zu bestimmen, den die Capillargefässe (im engeren Sinne) an dem inflammatorischen Process nehmen. Die sämmtlichen Thatsachen bestätigen die Wichtigkeit dieser Gefässe im genannten Process.

1. Während die Stasis stattfindet, ändert sich die Form der Capillaren; sie zeigen hier und da erweiterte und zusammengezogene Stellen; die Erweiterungen können wahre Hervorragungen der Gefässe bilden. Den Complex dieser Veränderungen der Capillarwandungen nennt Verf. vasculäre Bewegungen, und hält sie für rein protoplasmatisch.

2. In den grösseren Erweiterungen wird die Wand immer dünner; ihr Widerstand nimmt ab; gegen diese verdünnten und widerstandslosen Stellen drängt der innere Blutdruck die unbeweglichen Blutkörperchen. Hier findet eine interstitielle Haemorrhagie statt.

3. In anderen Capillaren bildet sich zwischen der stillbleibenden Blutsäule und der Wand ein Raum, welcher sich vergrössert, und von sehr feinen Körnchen erfüllt wird. In mehr weniger circumscripten Stellen üben die gesammelten Körnchen einen Druck auf die Blutsäule aus, welche hier und da Unterbrechungen erleidet. In der von den genannten Körnchen gebildeten Substanz erscheinen später grössere Körnchen, Nuclei und endlich weisse Elemente, darauf wird eine weisse Stasis erzeugt.

4. Dasselbe Phänomen geschieht in den den Capillaren benachbarten Geweben, überall da, wo das Blutplasma sich während der Stasis verbreitert. Andere Thatsachen werden vom Verf. beschrieben; wir erwähnen der Kürze wegen nur die Bildung neuer Capillargefässe, auf diese Resultate gestützt, hervorhebend die grosse Wichtigkeit der Capillargefässe im phlogistischen Process, betrachtet Verf. die Theorie des Protoplasmas als diejenige, welche in der genauesten Weise die Exsudaterzeugung erklärt. Nach ihm könnte die Reihe der die Entzündung bildenden Processe folgenderweise formulirt werden: die Wirkung eines reizenden Mittels auf irgend ein Gewebe erzeugt reflectorisch die Stasis des internen, capillären, circulirenden Blutes. Die Blutstasis und ihre unmittelbare Folge — die Verhinderung des Wechsels der Respirationsgase — verändern die biochemischen Processe der Gewebe. Somit erklärt man die morphologischen Veränderungen der Capillargefässe, welche embryologische Eigenschaften annehmen. Dann folgt die Veränderung der biochemischen Eigenschaften des Blutplasmas, welche sich durch die Evolution der das Exsudat bildenden Elemente kennzeichnet.

Mya (Turin).

93. **B. Vizioli e G. Butera. Della applicazione del freddo negli aneurismi ed in isperie se l'azione del freddo prossa combinarti od alternarti cotta elethroterapia nei cosi di aneurisma dell'aorta toracico.** Ueber die Anwendung der Kälte bei der Therapie der Aneurysmen und besonders über die Möglichkeit der gleichzeitig oder wechselweise gebrauchten Wirkungen der Kälte und Elektrotherapie bei Aneurysmen der Aorta thoracica. (Magazin 1882. 1. Heft.)

Die Untersuchungen Bernard's haben nachgewiesen, dass die Kälte die Blutgerinnung nicht begünstigt, dass sie im Gegentheil sie verspätet. — Von dieser Thatsache ausgehend, stellten die Verfasser eine Reihe von Beobachtungen an, welche den Zweck hatten zu bestimmen:

1. Wie stark die höchste Temperaturerniedrigung, und welche die Veränderungen sind, die in den während einiger Zeit der Wirkung des Eises unterstellten Geweben stattfinden, um zu entscheiden, ob eine Verdichtung der untersuchten Gewebe von der Wirkung der Kälte erzeugt werden kann.

2. Ob ein Blutcoagulum oder eine leichtere Vereinigung seiner Bestandtheile die Folgen derselben Behandlung sein können.

3. Ob der eventuelle gute Erfolg der bei der Cur der Aneurysmen der Aorta thoracica angestellten Kältetherapie der lokalen direkten Wirkung der Kälte oder anderen Thatsachen von mehr verwickelter Natur, als die Innervationszustände, der Blutdruck, zuzuschreiben ist.

Aus seinen Untersuchungen zogen Vf. folgendes aus:

1. Die höchste Temperaturerniedrigung nach Eisapplication ist + 11°; diese Temperatur genügt nicht bei Säugethieren, um die Gewebe zu verdichten, so dass ihr Widerstand der Ausdehnung des aneurysmatischen Sackes vermehrt sei.

3. Das äusserlich angewandte Eis kann nicht durch die Haut und die Sackwände irgend eine coagulirende Wirkung über das Blut ausüben; im Gegentheil wird das Blut flüssiger.

3. Das äusserlich angewandte Eis bewirkt Zunahme des Blutdruckes in den Gefässen, so dass die Zustände der aneurysmatischen Wände verschlimmert werden.

Desswegen halten die Verf. den Gebrauch des Eises bei der Kur der Aneurysmen für gefährlich, während sie die äuserliche Anwendung des galvanischen Stromes empfehlen.

Graziadei.

---

94. **Dr. Angletio, Sopra sei casi di aneurismi spontanie dell' aorta ascendente.** Ueber sechs Fälle von spontan entwickelten Aneurysmen der Aorta ascendens. (Gazzette della Cliniche di Torino. Nr. 51. 52. 1881.)

Sechs Aneurysmen, deren drei von der Concavität (einer davon war mit Phthisis pulmonum complicirt), drei von der Convexität der

aufsteigenden Aorta ausgingen, bilden den Gegenstand dieses Studiums, aus welchem Verf. die Folge zieht, dass die Vertheilung dieser Aneurysmen keiner absoluten Norm unterworfen ist, da sie sich in den verschiedensten Stellen der Arterie entwickeln können, resp. wo der Process der chronischen Endo- und Mesoarteritis, der häufigste Grund, am stärksten eingewirkt hat. Die aus der Concavität ausgehenden Aneurysmen bilden, wenn sie ein bedeutendes Volumen eingenommen haben, eine links vom Sternum pulsirende Geschwulst, wesswegen man im Leben zweifeln kann, dass sie einem Aneurysma der Pulmonalis angehöre. — Sie bedingen Compression der Pulmonalis; aber diese Compression kann nicht als Grund der in einem Fall beobachteten Phthisis angenommen werden, weil diese in den anderen zwei Fällen fehlte. Verf. meint auch, dass die Häufigkeit der Aneurysmen der Concavität nicht derjenigen der Aneurysmen der Convexität nachstehe.

Graziadei.

---

95. **Prof. Colomiatti, Contribuzione allo studio della Endocardite acquisita acuta unilaterale destra.** Beitrag zur Kenntniss der Endocarditis acquisita, acuta, unilateralis, dextra. (Archivio per le scienze Mediche Vol. V. No. 19.)

Indem Verf. sechs von ihm zwei Jahre hindurch beobachtete Fälle veröffentlicht, lenkt er die Aufmerksamkeit der Kliniker auf diese für sehr selten im Verhältniss zur linken unilateralen Endocarditis gehaltenen Form und zieht aus seinen in kurzer Zwischenzeit beobachteten Fällen den Schluss, dass sie keineswegs, wie man gewöhnlich meint, so selten vorkommt. Die Resultate der Arbeit sind folgende:

1. Die Krankheit kann die Tricuspidalis allein, oder die sigmoidea der Pulmonalis, oder gleichzeitig alle Klappen des rechten Herzens treffen.
2. Die Endocarditis kann gleichzeitig in einem ostium die ulceröse, im anderen die verrucöse Form einnehmen.
3. Beide Geschlechter werden mit gleicher Häufigkeit getroffen.
4. Was das Alter betrifft, so wurde sie bei Kindern, Erwachsenen und Alten beobachtet.
5. Der Process der rechten acuten Endocarditis kommt nicht nur auf den Klappen, sondern auch auf dem Endocardium parietale vor, wo er die vegetirende Form annimmt.

Mya (Turin).

---

96. **Huchard, Coliques hépatiques et coliques néphritiques de la grossesse et de l'accouchement.** Gallenstein- und Nierensteinkoliken während der Schwangerschaft und des Wochenbetts. (L'Univ. méd. Nr. 52 und 55.)

Verf. stellt eine Reihe theils eigener theils fremder Beobachtungen zusammen, aus denen hervorgeht, dass während der Schwangerschaft resp. des Wochenbettes öfters Gallenstein- und Nierensteinkoliken vorkommen, welche im ersteren Falle, besonders wenn sie gegen Ende der Schwangerschaft eintreten, zur Verwechslung mit beginnenden Wehen Anlass geben, im letzteren eine beginnende Peritonitis vortäuschen können. Das Fehlen von Uteruscontractionen resp. stärkerem Fieber klären den Irrthum immer bald auf. Die relative Häufigkeit von Gallensteinkoliken während der Schwangerschaft veranlasste H., die Frage zu untersuchen, ob es sich dabei um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, oder ob durch die Schwangerschaft die Concrementbildung in der Galle begünstigt wird. Er glaubt, dass, besonders bei Frauen mit arthritischer Diathese die Ruhe und die weichliche Diät während der Schwangerschaft in diesem Sinne wirken; bei Frauen aus den besseren Ständen kommen nach ihm Gallensteinkoliken während der Gravidität öfter vor, als bei Frauen aus der arbeitenden Klasse. Ferner kann durch den Druck des schwangeren Uterus der Abfluss der Galle aus der Gallenblase erschwert und dadurch die Bildung von Concrementen veranlasst werden. Dabei können, indem die Compression des Ductus choledochus das Eindringen von Steinen in denselben verhütet, während der Schwangerschaft selbst die Symptome der Gallensteinkolik fehlen, und treten erst einige Tage nach der Entbindung ein. Betreffs der einschlägigen Beobachtungen ist auf das Original zu verweisen.

Ferner glaubt H. gefunden zu haben, dass bei nicht stillenden Frauen Gallensteinkoliken öfter vorkommen als bei stillenden, lässt es aber dahingestellt, in wie weit die Lactation dabei von Einfluss ist. Therapeutisch empfiehlt H. während der Anfälle Morphiuminjectionen, ferner Bewegung, geregelte Diät und den Genuss alkalischer Mineralwässer, hält dagegen den von einigen empfohlenen Gebrauch der Bäder von Vichy etc. für contraindicirt, weil dadurch leicht Abortus hervorgerufen werden könne.

Brockhaus (Godesberg).

---

97. **Verhandlungen des 1. Congresses für innere Medicin vom 20.—23. April zu Wiesbaden.**

I. Ueber die Pathologie des morbus Brightii.

In seinem Referate über den jetzigen Stand der Ansichten über den Symptomencomplex des morbus Brightii knüpft Leyden an eine

kurze historische Uebersicht an. Im Laufe der Zeit haben die pathologisch-anatomischen Arbeiten reichliches Material geliefert, und damit ist der klinischen Beobachtung die Aufgabe gestellt, Krankheitsbilder zu liefern, welche sich mit den pathologisch-anatomischen Befunden decken und Anhaltspunkte zu gewinnen, aus den Symptomen auf bestimmte anatomische Veränderung zu schliessen. Nach der Auffassung, welcher die classischen Arbeiten Frerichs Bahn gebrochen, gilt als Grundlage des morbus Brightii eine Nephritis, ein wirklich entzündlicher Vorgang in den Nieren, der diffus die Nieren durchsetzt, zu dessen Definition es weiter gehört, dass er in drei Stadien verläuft. Zugegeben den entzündlichen Charakter des morbus Brightii, trennt Leyden einige Prozesse ab, welchen im engeren Sinne der Name des morbus Brightii nicht zukommen darf, obgleich einige Symtome grosse Aehnlichkeit mit denen des morbus Brightii bieten; und zwar deshalb trennt Leyden diese Prozesse, weil ihnen eine eigentlich entzündliche Natur nicht zuerkannt werden kann. Es sind dies: die Stauungsniere, die amyloide Niere, die Schwangerschaftsniere und die Nierensclerose. Unter der letzten Bezeichnung ist die Form der Nierenerkrankung zu verstehen, welche Bartels als genuine Schrumpfung bezeichnet, und die von Gull und Sutton auf eine allgemeine Erkrankung der Arterien zurückgeführt wurde. Leyden hält an der Thatsache fest, dass es eine klinisch, wie anatomisch gleich bestimmt characterisirte Nierenschrumpfung gibt, die nicht das Endresultat einer Entzündung ist, sondern sich gewöhnlich in hohem Alter im Zusammenhange mit Arteriosclerose entwickelt. (Bartels genuine Nierenschrumpfung.)

Wenn diese Formen aus der Bezeichnung des „morbus Brightii" ausgeschieden werden, so bleibt eine Gruppe von Erkrankungen dafür übrig, bei welcher es sich um wirkliche „Nephritis" handelt; eine Gruppe, welcher Leyden einen Typus zuschreibt, weil ein principieller Unterschied zwischen parenchymatöser und interstitieller Entzündung nicht aufgestellt werden darf. Den Typus dieser Nephritis stellt dar die acute oder infectiöse Nephritis. Dieselbe entsteht zuweilen spontan, am gewöhnlichsten nach acuten Infectionskrankheiten. Aber nothwendig müssen verschiedene Formen aufgestellt werden, in welchen die genannte Nephritis zur Erscheinung kommt, denn einmal zeigen die Nephritiden, welche sich an verschiedene Infectionskrankheiten anschliessen, wichtige Differenzen, andererseits halten denselben Typus der Erkrankung ein eine Anzahl von Entzündungen der Nieren, die im Einzelnen wesentliche Verschiedenheiten darbieten: septische Nephritis, toxische Nephritis, Nephritis durch Ablagerung von Salzen, u. s. f. Trotz der evidenten Verschiedenheiten, welche klinisch, nach Aetiologie, Prognose und nach Behandlung diesen verschiedenen Formen zuzuerkennen ist, bekunden sie in wesentlichen Puncten ihre Zusammengehörigkeit. Es kommt diesem Typus zu der Verlauf in drei Stadien. Für die frische, infectiöse Nephritis constatirt Leyden, dass sie als zweites Stadium das der fettigen Degeneration durchmacht, um im dritten Stadium, dem der weissen Schrumpfniere zu endigen. Aber wohl zu beachten ist hier, dass durchaus zu trennen sind die rothe und die weisse Schrumpfniere. Die rothe ist der sclerotischen genuinen Nierenschrumpfung Ausgang, sie entspricht der sclerotischen

Entartung der Gefässe, während die weisse secundärer, entzündlicher Natur ist.

An dies Referat Leydens schloss sich das Correferat Rosensteins und dann die Discussion.

Was zunächst die Frage nach den pathologisch-anatomischen Verhältnissen angeht, so betont Rosenstein seine Uebereinstimmung mit der Ansicht Leydens, dass es eine rein interstitielle oder parenchymatöse Nephritis von einander trennbar nicht gibt, sondern nur eine diffuse. Rosenstein erinnert dabei besonders an das Verdienst Weigerts um diese Anschauung. Die entgegengesetzte Ansicht Bartels entspricht den von ihm schön gezeichneten aber künstlichen und schematischen Krankheitsbildern. Die Betheiligung der Glomeruli entspricht der von Klebs beschriebenen Erkrankung, welche dieser aber nur für die Scharlachnephritis reservirte. Epithelsvermehrung, Vermehrung der Kerne und spätere Desquamation des Epithels; wobei aber Desquamation nicht immer als Ausdruck der Entzündung aufzufassen ist.

Den Ort anlangend, wohin der Beginn des nephritischen Prozesses zu verlegen sei, führte nachher Aufrecht aus, dass der Prozess der Nephritis nicht im interstitiellen Gewebe, resp. im Anschluss an die Gefässe, sondern in der primären activen Betheiligung der Epithelien die Anfangserscheinungen mache.

Aufrecht stützt sich dabei insbesondere auf seine Erfahrungen nach Ureterunterbindungen. Die nächste Veränderung, welche sich an dieses Experiment anschliesst ist die der Epithelien. Es kann eine Zeit von 3 Tagen vergehen, ehe Veränderungen im interstitiellen Gewebe zu erkennen sind. Die Vermehrung der Kerne in den Interstitien ist zeitlich später und wird deshalb als secundär aufgefasst. Auch wendet sich Aufrecht gegen den Einwand, die in den ersten 24 Stunden nach der Ureterunterbindung auftretende Bildung von Fibrincylindern sei die Folge der venösen Stauung, der die Ansicht involvirt, dass die entleerten Cylinder als Secret des Blutes auftreten; und zwar macht er dagegen geltend, dass in späterer Zeit, obgleich die Menge des Harnes sich vermehrt, im Nierenbecken doch keine Cylinder mehr vorhanden sind.

Aber welcher Natur sind die ersten Veränderungen der Epithelien nach Ureterunterbindung? Nach Aufrecht sind sie keineswegs einfache Ernährungsstörung, Atrophie, sondern entsprechen einem activen Vorgang; da nach längerer, bis zu 42-stündiger Dauer der Ureterunterbindung die Epithelien nicht etwa verschwunden sind, sondern als blasse Zellen mit deutlichem Kerne noch existiren.

Aufrecht geht aber noch weiter und erklärt die Erkrankung der Interstitien als die Folge der parenchymatösen, welche ihrerseits mit ihren chemischen Vorgängen als das Irritament anzusehen sei. Mit Zugrundelegung dieser Anschauung liesse sich die einfache Albuminurie verstehen, als entsprechend einer leichten Reizung der Epithelien, während die Nephritis dem fortgeschrittenen Zustande mit der Betheiligung schon des interstitiellen Gewebes entsprechen würde.

Die Folgerung aus diesen Anschauungen ist die Unterscheidung der Nierenkrankheiten nach 3 Formen.

a) der primären parenchymatösen Nephritis,

b) der amyloiden Nephritis, bei welcher erst durch die Veränderung der Gefässe resp. der Glomerulusschlingen eine Erkrankung der Epithelien mit nachfolgender Wucherung im interstitiellen Gewebe bedingt wird,

c) der Glomerulonephritis, welche bei chronischem Verlauf die Schrumpfniere bedingt.

Dementgegen begrüsst Klebs die Ansicht, welche zur Beseitigung des Begriffs der parenchymatösen Nephritis drängt. Er findet es deshalb begreiflich, dass die parenchymatösen Veränderungen immer wieder in den Vordergrund kommen, „da es in der That Fälle gibt, in welchen scheinbar nur die von Aufrecht mit Recht betonten Epithelveränderungen vorhanden sind. Aber erstens fehlen in solchen Fällen nie hämorrhagische Zustände, zweitens lehrt das in solchen Fällen entwickelte klinische Bild die Zusammengehörigkeit mit interstitieller Nephritis, drittens lassen sich auch die interstitiellen Prozesse wirklich nachweisen.

Wie Rosenstein verlangt, dass zur Annahme des morbus Brightii nothwendig entzündliche Veränderungen der Interstitien der Glomeruli gehören, so misst auch Klebs der interstitiellen Form der Glomerulonephritis Bedeutung für die Entstehung des morbus Brightii zu; erkennt daneben die Verschiedenheit der epithelialen Form (Langhans) der Glomorulonephritis von der interstitiellen an.

Die andere Form der Granularatrophie, die ausschliesslich durch Arteriosclerose veranlasst, dem von Leyden aufgestellten Bilde der rothen Schrumpfung (Nierensclerose) entspricht, kommt nach Klebs nicht so selten vor. Für diese Fälle verneint auch Klebs absolut die enzündlichen Veränderungen mit Ausnahme der Verdickung der Arterienwand. Hier rücken an den geschrumpften Stellen die fibrös entarteten Glomeruli näher aneinander, ebenso wie nach hämorrhagischen Infarcten und ähnlich wie nach Syphilis. Nach Klebs würde sich ein Theil der von Bartels angenommenen primären Nierenschrumpfung hiermit decken, „während ein anderer Theil dieser Fälle von Bartels und zwar die entzündlichen, sich wohl aus einem sehr langsamen Verlauf des entzündlichen Prozesses mit gleichzeitig compensirender Leistung der freibleibenden Parthien der Niere erklären lassen".

Eine reine Nierenschrumpfung ohne jede Bindegewebsneubildung wird dagegen von Rindfleisch geleugnet. Auch erkennt er die arterio-capillary-fibrosis im Sinne von Gull und Sutton nicht an. Nach seiner Ansicht entspricht als anatomische Grundlage der acuten Nephritis mit möglichem Ausgang in sog. genuine Nierenschrumpfung Virchows parenchymatöse Nephritis mit Schwellung, fettiger Degeneration und nachfolgendem Collapsus der Corticalsubstanz. Hierzu ergänzend ist hinzugetreten die Glomerulonephritis und wesentlich erweitert ist die Virchow'sche Lehre durch die Erkenntniss der interstitiellen Infiltration mit farblosen Blutkörperchen. Es findet dieser interstitielle Prozess in verschiedener Ausdehnung statt, so dass er eventuell das Wesentliche ausmacht, und durch seine Betheiligung entstehen Mischformen, die als weisse Schrumpfniere, gefleckte Niere etc. erscheinen.

Was indessen die Gefässerkrankung angeht, so will Ewald einen

Unterschied angenommen wissen zwischen der Gefässerkrankung der Nieren, und der des gesammten Organismus, so dass in einem Theil der hierhergehörigen Fälle die Gefässerkrankung der Niere nicht der Ausgangspunkt der Krankheit, sondern erst secundäre Folge des interstitiellen Wucherungsprozesses sei.

Von Rosenstein wird das Vorkommen der Gull-Sutton'schen arterio-capillary-fibrosis als so selten betrachtet, dass es für die Aetiologie des morbus Brightii keine Rolle spiele; die häufigst vorkommende Gefässveränderung ist nach seiner Ansicht die Hypertrophie der muscularis, welche er mit Wagner für secundär hält.

Soviel von den Verhandlungen über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse.

Welche von den behandelten anatomischen Veränderungen den Begriff des morbus Brightii decken sollen, darüber gingen die Ansichten auseinander, abgesehen von der allerdings sehr wichtigen Uebereinstimmung der Kliniker, nur von der diffusen Nephritis zu reden, eine Theilung also nach parenchymatöser und interstitieller Nephritis fallen zu lassen. Aber während Leyden nur die Nierenentzündungen dem morbus Brightii zurechnet, welche den einen von ihm näher bezeichneten Typus (acute, infectiöse Nephritis) einhalten, deren Verlauf 3 Stadien entspricht, hält Rosenstein für die Grundlage des morbus Brightii die diffus entzündlichen Veränderungen, welche mit Betheiligung der Interstitien der Glomeruli verlaufen, gleichgiltig ob sie in acuter oder chronischer Entwicklung zu Stande kommen.

Wenn Rosenstein dafür geltend macht, dass Bright selbst die Krankheit als Nephritis aufgefasst habe, so führt dagegen Leyden an, dass die späteren Forschungen aber constatirten, nicht Alles sei durch Entzündung bedingt, was Bright unter seinem Symptomencomplex der Nephritis vereinigte, denn er habe auch amyloide Degeneration, Schwangerschaftsniere und die sclerotische Schrumpfung darunter subsumirt.

Den Verlauf in 3 Stadien hält Rosenstein für nicht so wesentlich für die Feststellung des Begriffs morbus Brightii. Er gibt zu, dass Fälle unzweifelhaft vorkommen, in denen man die 3 Stadien verfolgen kann, hält aber andrerseits daran fest, dass in den meisten Fällen eine Entwicklung der Schrumpfniere aus acuter Nephritis weder am Leichentische, noch am Krankenbette nachgewiesen werden kann, während andrerseits eine Entwicklung der Granularatrophie aus der von ihm so genannten glatten Schrumpfniere bewiesen sei. Es kann eine grosse Niere trotz jahrelanger Dauer gross bleiben und eine kleine von Anfang an die Tendenz zur schrumpfenden Entzündung zeigen; und klinisch werden dabei von Anfang an die Erscheinungen der Schrumpfung beobachtet.

Auch wendet sich Rosenstein entschieden gegen die Auffassung der weissen Granularentartung als Product eines in 3 Stadien verlaufenden Processes und die daraus abgeleitete Trennung von der rothen als genuinen; denn klinisch bieten beide Formen dieselben Zeichen dar.

Die Verwerthung der klinischen Beobachtung wird von Rühle ganz besonders betont, sowie auch Leyden es verwirft, für die ein-

zelnen Formen den pathologisch-anatomischen Befund allein massgebend machen zu wollen; Rühle hebt hervor, dass eine Uebereinstimmung der pathologisch-anatomischen Anschauung mit den klinischen Befunden bis jetzt noch nicht erzielt ist. Aber die klinischen Beobachtungen stellen sich in grosser Häufigkeit so dar, dass aus ihnen ungekünstelt sich ergibt: Die „diffuse Erkrankung der Nierenrinde" beim Menschen liefert 3 Gruppen von Krankheitsbildern und es entsprechen diese 1. der grossen rothen, 2. der grossen weissen und 3. der Granular-Niere (schematisch gesprochen). „Die erste Form findet in der Scharlachniere ihren häufigsten Repräsentanten, verläuft acut, meist günstig oder resp. tödtlich durch Uraemie oder acute Hydropsie; die zweite Form kann acut anfangen, meist fehlt die Feststellung ihres Anfangstermins, der Hydrops ist ihr eigentliches Symptom, mit ihm fängt das Kranksein an, mit ihm schliesst es ab, entweder in acuter Steigung oder in allmählichem Maximum; die dritte Form repräsentirt die von Bartels herausgehobene Schrumpfniere. Im einzelnen Falle gewinnt man fast niemals eine befriedigende Aetiologie, das Krankheitsbild wird von der Herzhypertrophie, den Erscheinungen des Nervensystems, der Augen, des Athmungs- und Verdauungsapparates zusammengesetzt, vielleicht Alles urämische Symptome, die Hydropsie fehlt meist, der Tod ist unvermeidlich."

Das bestreitet auch Leyden nicht, dass es klinisch erkennbar eine Form der Nierenschrumpfung gibt, die nicht als Endresultat einer Entzündung aufzufassen ist, welche Rühle eben schildert und die Bartels die genuine Schrumpfung nennt.

Für die Lehre von den drei Stadien hält er aber fest, dass die Thatsache bewiesen ist: „Nierenschrumpfung in Folge von Scarlatinanephritis, Gelenkrheumatismus,- Intermittens-, Typhus-Nephritis ist beobachtet."

Indem Leyden der Ansicht ist, dass die Einheit der nephritischen Erkrankungen besteht, da es keine principielle Differenz zwischen parenchymatöser und interstitieller Nephritis gibt, und er an dem übereinstimmenden Typus aller Nephritiden festhält, ist er sich dessen wohl bewusst, dass eine grosse Mannichfaltigkeit der Symptomatologie, des Verlaufs und selbst der anatomischen Verhältnisse durch die Aetiologie des Einzelfalles erzeugt wird, und dass diese Mannichfaltigkeit für die Aufgabe des Arztes die Nothwendigkeit bedingt, einzelne Unterformen zu erkennen. Diesen Standpunkt theilt Rosenstein nicht. Rosenstein will freilich verschiedene aetiologische Momente beobachtet wissen, aber ihr Verhältniss so behandeln, wie auch bei anderen Erkrankungen Aetiologie in verschiedensten Dingen zu finden sind. Einestheils ist es nach Rosenstein nicht bewiesen, dass bei den Infectionskrankheiten die Parasiten mit Sicherheit als Ursache der Nephritis gedacht werden müssen, anderntheils hält er es für unmöglich, nach den klinischen Erscheinungen allein ohne Kenntniss der aetiologischen Momente die solchen entsprechenden verschiedenen Formen der Nephritis zu unterscheiden. So gibt auch Rosenstein die Erzeugung der toxischen Nephritis durch Bleivergiftung nicht zu, deren Existenz Leyden mit Entschiedenheit behauptet. Rosenstein gibt sie nicht zu, weil seine und Heukels Experimente keine Albuminurie

durch Bleiintoxication erzeugen liessen und indem er die Statistik, aus welcher Wagner die Bleinephritis erschliesst, als von falschen Gesichtspunkten aufgestellt widerlegt.

Dies sind wohl die Grundzüge der Verhandlung über die pathologische Anatomie, die Definition, den Verlauf und die Aetiologie des morbus Brightii. Es erübrigt nun noch die Discussion über die Therapie zu besprechen.

In diesem Punkte gingen die Ansichten auseinander. Leyden wendet sich gegen das absolute Aufgeben der diuretischen Behandlung, welches ja häufig heutzutage mit einer übertriebenen Anwendung der Diaphorese zusammengeht. Er hält die Folgen der angewandten Diuretica auch für die entzündeten Gewebe für nicht so bedenklich, während er anderseits der Diaphorese zwei Vorwürfe macht. Erstens befördert sie die Congestionen nach Nieren, Lunge und Herz, zweitens erreicht sie keine günstige Beeinflussung des Nierenprocesses, so dass ihr Effect sich auf die Wasserentfernung beschränkt.

Auch Immermann empfiehlt den Gebrauch der methodischen Diurese und hebt als gut wirksam von den diuretischen Stoffen das Kali aceticum hervor. Rühmt dann speciell die kräftig diuretische Wirkung der Borsäure.

Dagegen verwirft Rosenstein durchaus die Anwendung der Diuretica bei acuter Nephritis. Zuerst liegt die Gefahr ihrer Anwendung darin, dass sie das noch gesunde Gewebe krank machen, zweitens hält es Rosenstein für überflüssig, Diuretica zur Erlangung einer Mehrausscheidung zu verwenden, da wir in Ableitung auf Haut und Darm Wasser und Salze entziehen können, ohne Betheiligung der Nieren.

Auch Rühle macht zur Stütze der diaphoretischen Behandlungsmethode geltend, dass erfahrungsgemäss nach Anwendung der methodischen Diaphorese die Harnausscheidung steigt, woraus zu schliessen, dass die Behandlung nicht allein durch Wasserentziehung durch die Haut wirke. In diesem Falle müsste ja umgekehrt die Harnmenge sinken, wenn compensatorische Ausscheidung durch die Haut allein erreicht würde.

Pilocarpin wird durchaus von allen Seiten verworfen, weil seine Nebenwirkungen zu gefährlich sind.

Rosenstein berichtet, dass seine eingehenden Untersuchungen ihn kein Mittel haben finden lassen, um die Eiweissausscheidung zu vermindern. Tannin auch in der neu empfohlenen Form liess im Stich. Plumbum aceticum wirkt zwar, aber seine Folgen verbieten längere Anwendung.

Während also für die acute Nephritis von Rosenstein der diaphoretischen Behandlung das Wort geredet wird, stellt er für die Therapie der chronischen Nephritis 2 Indicationen auf: Erhaltung der Kräfte des Patienten durch Tonica (Eisen und Chinin), und Vorbeugen oder Bekämpfung der Herzschwäche.

Finkler.

98. **Dr. Rossi di Karthun, Del Mylabris fulgurita e sua azione antirabbica.** Mylabris fulgurita und ihre antirabische Wirkung. (Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino. No. 1. 2. 1882.)

Im Jahre 1863 hatte Verf. in Aegypten Gelegenheit, von einem hygrophoben Hunde sprechen zu hören, welcher fünf Menschen gebissen hatte, von denen drei gestorben waren und zwei verdankten die Heilung dem Gebrauche des Specificum eines arabischen Weibes, welche in der Gegend von Zagazig wanderte. Das Specificum besteht aus einem Coleopter, welchen die Beduinen unter dem Namen Danark kennen, und man wissenschaftlich Mylabris fulgurita nennt. Die Mylabris lebt auf einer Graminacea (Aristida flumosa?) und ist sehr ähnlich unseren Cantariden. Verf. erinnert an die Thatsache, dass auch andere dieser Ordnung angehörende Insekte als antirabische Heilmittel gebraucht werden, unter denen er erwähnt die Cetonia aurata in Russland (Provinz von Saratow), die Mylabris bimaculata in Griechenland (Salamina), die Meloë in Frankreich und Sicilien, die Mylabris tenebrosa in Tunis. Die Weise der Darreichung ist folgende: die Araber von Zagazig wickeln die Mylabris in eine Dattel ein, während die Araber von Tunis das Insekt in einem Fleischstück darreichen. In Russland wird das fein pulverisirte Insekt über einem mit Butter bestrichenen Brodstück ausgebreitet.

Was die Dosis betrifft, so nehmen die Beduinen zwei, drei Insekten täglich mehrere Tage hindurch. Die physiologischen Wirkungen des Heilmittels sind Strangurie, Lendenschmerzen, Diarrhoë, Entleerung von Pseudomembranen im Harne, Haematurie — nach äusserlicher Anwendung Blasenbildung — kurz, diejenigen unserer Cantariden.

Graziadei.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich.
Der dritte Jahrgang
umfasst 39 Bogen incl.
Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg.
13 M. 50 Pf., zu beziehen
durch alle Buchhandl.
und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 26. Mai. Nro. 8.

99. **Dr. A. Seeligmüller** (Halle), **Die Stellung des Schulterblatts bei Serratuslähmung.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 9.)

Das Schulterblatt, vornehmlich sein unterer Winkel, kann der Wirbelsäule genähert (Rhomboidei) und von derselben abgezogen (Serratus), ferner im Ganzen, vornehmlich mit dem oberen inneren Winkel, nach oben gezogen werden (Cucullaris und Levat. ang. scap.) und durch seine Schwere nach unten sinken; endlich kann es um eine ungefähr in der Richtung der Spina scapulae verlaufende Achse rotirt werden (Pectoral. min., Biceps brach., Coracobrachial.). Das Schlüsselbein hemmt als Führungsstange manche Bewegungen; Rhomboidei, Serrat. ant. mai. und Latissim. dorsi fixiren das Schulterblatt am Brustkasten. — Nachdem S. noch darauf hingewiesen, dass Lähmung eines Muskels nothwendig Kontraktion und ev. Kontraktur des nicht gelähmten Antagonisten zur Folge haben muss, beweist er erstens, dass bei länger bestehender Serratuslähmung eine abnorme Annäherung des unteren Schulterblattwinkels gegen die Wirbelsäule *auch während der Ruhelage* nicht ausbleiben kann. Bei jeder Innervation des Serratus würden auch seine Antagonisten, die Rhomboidei innervirt; diese kämen bei Lähmung des Serrat. allein zur Wirkung,

und so entstehe eine habituelle Adduktionsstellung des unteren Schulterblattwinkels.

Zweitens wird bei länger bestehender Serratuslähmung der untere Schulterblattwinkel vom Thorax abgehoben durch Kontraktion des Pectoralis minor, des Coracobrachialis und Biceps, welche die oben erwähnte Rotation bewirken. Dazu kommt noch, dass in Folge der Annäherung an die Wirbelsäule der den unteren Winkel bedeckende Latissimusstreifen schmaler wird, und so der von letzterem geführte untere Schulterblattwinkel leichter entschlüpfen kann. Durch die häufigen Bewegungen genannter Muskeln muss das Abstehen des unteren Winkels auch in der Ruhelage habituell werden.

Drittens wird bei Serratuslähmung der ganze mediane Schulterblattrand abgehoben durch die Wirkung des Infraspinatus, der normaler Weise sein punctum fixum am Schulterblatt hat und den Oberarm abducirt, bei gedachter Lähmung aber das punctum fixum an der Oberarminsertion findet und nun den medianen Rand des nicht mehr fixirten Schulterblattes von der Thoraxfläche abhebt. Diese Stellung wird weniger leicht als die vorige habituell, weil die Rhomboidei und der Cucullaris dem Abgehobenwerden des medianen Randes mehr entgegenwirken als dem des unteren Winkels.

Im Anschluss hieran theilt B. noch 2 Beobachtungen von idiopathischem Cremaster-Krampf mit, die nicht, wie gewöhnlich, als Reflexerscheinungen (Folge von Neuralgia testis, Enteralgia, spinaler Gastralgie), sondern ohne alle Zeichen einer primären sensiblen Reizung auftraten. Es handelte sich bei beiden Patienten um einen tonischen, 2—3 Minuten dauernden, mehrmals am Tage sich wiederholenden Krampf. Im einen Fall Heilung durch subkutane Atropin-Injektionen, im andern, wo dieses Mittel im Stiche liess, durch dreiwöchige Galvanisation.

Stintzing (München).

---

100. **Dr. Jehn** (Merzig), **Zur Aetiologie der Epilepsie im Kindesalter.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 3.)

Durch die Erfahrungen verschiedener Autoren, insbesondere auch durch den von Neftel mitgetheilten Fall von Epilepsie in Folge von kräftigen Schlägen auf den Kopf, ist der Zusammenhang von epileptischen Krämpfen mit Erschütterungen durch Schlag oder Fall eine erwiesene Thatsache geworden. J. zeigt durch den folgenden Fall, dass auch Ohrfeigen in dieser Hinsicht verhängnissvoll werden können. Ein 12jähr. Knabe, frei von erblicher Anlage zur Psychose oder Neuropathie, erhielt von seinem Lehrer einen Schlag mit der Hand zwischen Hals und Hinterkopf und stürzte bald darauf in epileptischen Konvulsionen zusammen. Nach Verlauf einiger Monate wiederholten sich die Anfälle mehrmals am Tage. Dazu kam eine zunehmende Erregung

und Verwirrtheit. Bei der Aufnahme in die Anstalt Merzig (nach 1 Jahr) ist eine epileptogene Zone nicht nachweisbar. Eine alte früher unempfindliche Narbe und noch mehr eine benachbarte Stelle sind auf Druck schmerzhaft; ebenso die Dornfortsätze des 4. und 5. Halswirbels. Auf Verordnung von Kal. bromat. verloren sich die Anfälle in kurzer Zeit. Der Zusammenhang jener Ohrfeige mit den epileptischen Anfällen steht in diesem Falle ausser Zweifel.

Ein zweiter Fall von plötzlich auftretenden epileptischen Konvulsionen war nicht durch effektive Erschütterung des Gehirns, sondern durch Schreck verursacht. Ein ebenfalls neuropathisch nicht belasteter Knabe von 7 Jahren wurde Nachts durch ein Geräusch geweckt und durch eine an's Fenster klopfende Gestalt heftig erschreckt. Sofort traten die heftigsten epileptischen Krämpfe auf und wiederholten sich nach längeren Intervallen mit erneuter Heftigkeit. Eine periphere Ursache oder epileptogene Zone waren nicht aufzufinden. Unter Behandlung mit kalten Abreibungen, Brom- und Jodkalium verloren sich die Anfälle; doch trat neuerdings eine Andeutung von choreatischer Unsicherheit der Bewegungen auf. Dieser Fall dürfte der einzige in der Litteratur sein, in welchem unmittelbar durch Schreck epileptische Krämpfe ausgelöst wurden.

Stintzing (München).

---

101. **Julius Simon, Des convulsions chez les enfants.** (Gaz. d. hôpit. NN. 54 und 55. 1882.)

J. S. theilt die Krämpfe der Kinder in drei Gruppen: eklamptische, epileptiforme und epileptische. Die erste Art der Krämpfe bildet den Gegenstand der Besprechung, welche die Aetiologie und Symptomatologie derselben ausführlich erörtert. Bei Einwirkung der Symptomatologie betont S., dass ein Anfall oder eine Serie sich an einander anschliessender Anfälle jedes Mal durch eine reichliche Harnentleerung seinen Abschluss finde. In dem zweiten Abschnitt bespricht S. die Differentialdiagnose der drei Gruppen von Krämpfen und die Prognose der eklamptischen Krämpfe. Während die Prognose in der Regel eine günstige ist, nimmt dieselbe einen ungünstigen Charakter an, wenn die Krämpfe im letzten Stadium des Keuchhustens, der Kapillarbronchitis u. s. w. auftreten.

Die Behandlung der Eklampsie der Kinder wird von den meisten Autoren, insbesondere von Trousseau für ohnmächtig und unnütz gehalten. Im Gegensatz dazu befürwortet S. lebhaft als sehr nutzbringend die folgende Behandlungsweise:

1. Vorbeugende Behandlung. Wenn das Benehmen eines Kindes auffallend und bizarr, sein Schlaf unruhig und qualvoll wird, so soll dasselbe zur Vermeidung der Eklampsie, zu welcher es häufig durch erbliche Belastung disponirt sein wird, von seinen Gespielen getrennt

und möglichst ruhig, von Reizen aller Art entfernt gehalten werden. Die Funktionen der Digestionsorgane werden sorgsam überwacht, und Abends vor der leicht verdaulichen Mahlzeit werden kleine Dosen Bromkali gereicht. Das Zimmer sei mässig warm, ebenso die Bedeckung im Bett. Ab und zu etwas Magnesia oder kleine Lavements; Vermeidung aller Excitantien.

2. Behandlung des Anfalls. Möglichst bald nach Ausbruch der Krämpfe wird ein Klystier, bestehend aus Salzwasser und Oel, (vom Arzte selbst) applicirt. Ist der Mund des Kindes zugänglich, so wird mit einer Feder oder mit einem Pinsel das Zäpfchen gekitzelt, um Erbrechen hervorzurufen; wenn möglich wird ein Brechmittel gegeben. Dauert der Anfall fort, so lasse man das Kind etwas Aether oder besser Chloroform inhaliren. Bei Wiedereintritt der Krämpfe bringe man das Kind in ein Bad, welchem Senfmehl zugesetzt ist. Nach gründlichem Abtrocknen, wenn nöthig, nochmals Inhalationen von Chloroform, welches häufig auch das gewünschte Erbrechen erzeugt; nöthigen Falls auch nochmaliges Bad. Ausserdem nimmt das Kind bis zum Eintritt reichlicher Harnentleerung folgende Arznei (für ein zweijähriges Kind berechnet):

Aq. tiliae	100,0
Kal. bromat.	1,0
Moschi	0,05—0,1
Syr. Codein.	5,0
Syr. flor. aurant.	30,0.

Die Theorie mag gegen diese Medikation manche Einwürfe erheben; dieselbe ist in der Praxis bewährt und giebt gute Resultate. An den folgenden Tagen ist das Kind noch reizbar und nervös; man applicire dann mit Vortheil ein kleines (Einmarkstückgrosses) Vesikator in den Nacken, welches jedoch nicht länger als drei Stunden liegen darf.

E. Bardenhewer.

---

102. **Prof. Dr. O. Berger** (Breslau), **Ueber idiopathischen Zungenkrampf.** (Neurolog. Centralbl. 188. Nr. 3.)

Der isolirte selbständige Hypoglossus-Krampf ist eine der allerseltensten Krampfformen. B. hat die beiden nachstehenden Fälle von essentiellem Zungenkrampf beobachtet.

1. Eine 28jähr., neuropathisch nicht belastete, anämische, sonst völlig gesunde Dame bekam ohne jede nachweisbare Ursache plötzlich einen Anfall von Zungenkrampf, der sich seitdem in kleineren oder grösseren Intervallen, bisweilen mehrmals bei Tage und bei Nacht wiederholte. Nach einem 1—1½ Minuten dauernden Gefühl von Spannung oberhalb des Kehlkopfes und von Geschwollensein und Wogen der Zunge wird die Zunge „unwillkürlich und unbezwinglich, mit grosser Gewalt und in rhythmisch sich rasch folgenden Zuckungen (circa 50—60

Mal in der Minute) nach vorn gestossen". Nach dem 1—2 Minuten währenden Anfall bleiben noch für einige Minuten fibrilläre Zuckungen zurück. Dabei treten nie irgend welche cephalische Beschwerden auf. Ausser Anämie ergab die Untersuchung keinerlei Anhalt für die Entstehung der Krankheit. Die Zunge zeigte normale Motilität, Sensibilität und Ernährung. Unter Gebrauch von Ferrum, Chinin und Belladonna sowie einer Badekur mit Trinken von Eisenwasser verschwanden die Anfälle dauernd.

2. Die zweite Beobachtung betrifft einen äusserst kräftigen, blühenden 42 jähr. Mann, dem seit $2^1/_2$ Jahren von Zeit zu Zeit, bisweilen mehrmals in der Woche, ja sogar 3—4 mal an einem Tage „die Zunge plötzlich wider seinen Willen mit grosser Gewalt aus dem Munde herausgeschnellt" werde. Dies geschieht unter heftigem Schreck, ohne Vor- und Nachempfindungen, sowie ohne anderweitige Krampfbewegungen. Eine Ursache des Leidens war nicht zu eruiren.

Die beiden Fälle beweisen, dass es einen idiopathischen Zungenkrampf gibt; da weder Anhalt für reflektorische Entstehung des Krampfes noch ein sonstiger pathogenetischer Anhaltspunkt gegeben war, so ist am wahrscheinlichsten ein centraler — sei es kortikaler oder bulbärer — Reizungszustand des Hypoglossus anzunehmen.

Stintzing (München).

---

103. **Dr. R. Rumpf** (Düsseldorf), **Zur Behandlung der Tabes dorsalis mit dem faradischen Pinsel.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 1 u. 2.)

R. berichtet zuerst über einen typischen Fall von Tabes, die vor 11 Jahren mit lancinirenden Schmerzen begann, woran sich Abnahme der Leistungsfähigkeit, Schwäche der Beine, abnorme Sensationen in Füssen und Händen, Gürtelgefühl und Blasenschwäche anschloss. Der Zustand verschlimmerte sich in den letzten Monaten der Art, dass P. nur mit Mühe und Hülfe eines Stockes einen Weg von 6 Minuten zurücklegen konnte. Dabei bestand Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, allgemeine Analgesie, Herabsetzung der Tast- und Temperatur-Empfindung und Vergrösserung der Tastkreise, Fehlen aller Sehnenreflexe und des Plantarreflexes. — R. unternahm die Behandlung mit dem faradischen Pinsel: positiver Pol auf dem Sternum, Pinsel am negativen Pol über den Rücken und die Extremitäten geführt, Dauer der Applikation ca. 10 Minuten, Wiederholung jeden 2. Tag. Nach 5maliger Pinselung waren die Schmerzen fast verschwunden, das Gefühl gebessert. Nach 4 Wochen waren die Sensibilitätsstörungen bis auf leichte Analgesie verschwunden. Da noch grosse Müdigkeit und Unsicherheit in den Beinen bestand, so wurde jetzt abwechselnd mit der faradischen Pinselung die Galvanisation des RM. vorgenommen. Nach 2 Monaten war von dem früheren Leiden

nichts mehr nachweisbar als das Fehlen der Reflexe, sowie leichte Vergrösserung der Tastkreise. Ein Jahr später hat sich der Zustand vollständig erhalten, und sind noch die Sehnenreflexe an den Armen, sowie der Plantarreflexe wiedergekehrt. Nur die Patellarreflexe fehlen noch.

In einem zweiten Falle handelte es sich um eine Tabes mit erhaltenen Sehnenreflexen, während alle übrigen Symptome an dieser Diagnose nicht zweifeln liessen: Lancinirende Schmerzen, Paraesthesien in den Ober- und Unter-Extremitäten, Analgesie, Abnahme der Tastempfindung, Ataxie der Arme und Beine bei erhaltener motorischer Kraft, Störungen der Blasenfunktion, Impotenz. Nachdem eine galvanische und antiluetische Behandlung erfolglos geblieben waren, besserten sich unter der gleichen Behandlung wie im vorigen Falle die Schmerzen, wurde die Sensibilität und Blasenfunktion normal, und verschwand die Ataxie, Alles im Verlauf von 6 Wochen. Jetzt nach 2 Jahren ist von der früheren Affektion nichts mehr nachzuweisen als Impotenz.

Wenn Verf. auch bei einer Reihe weiterer Fälle mit diesem Verfahren befriedigende Resultate erzielt hat, so hat es ihm doch auch an weniger günstigen Erfolgen nicht gefehlt, und er ist weit davon entfernt, „dem faradischen Pinsel eine gleich günstige Wirkung bei allen Tabesfällen zuzuschreiben oder denselben als Universal-Heilmittel zu empfehlen.“

Stintzing (München).

---

104. **Dr. N. Weiss** und **Dr. J. Mikulicz** (Wien), **Zur Nervendehnung bei Erkrankungen des Rückenmarkes.** (Wiener medic. Wochenschr. 1881, No. 36, 37, 38, 41, 43, 45, 47, 50, 53; 1882, No. 4, 7, 13.)

Die Verf. berichten in genauen Krankengeschichten über 8 Fälle von RM.-Erkrankungen, bei welchen theils von Billroth, theils von Mikulicz die Nervendehnung ausgeführt wurde.

I. Multiple Herdsklerose. Dehnung beider N. ischiadici. Tod nach 9 Tagen.

29jähr. Mann litt vor über 1 Jahr an Flimmern vor den Augen, bekam einige Monate später pelziges Gefühl und Schwäche in den Beinen, nach weiteren 3 Monaten Störungen der Blasen- und Darmfunktionen. Die Muskeln der Unterextremitäten verharrten in tonischer Starre, der Gang war spastisch, die Sehnenreflexe enorm gesteigert. Die Gegend des 3. und 4. Lendenwirbels war druckempfindlich, von Zeit zu Zeit trat Gürtelgefühl in der Lendengegend auf. Diese Störungen konnten nur als Erscheinungen der spastischen Spinalparalyse, begründet auf Sklerose der Pyramiden-Seitenstrangbahnen, aufgefasst

werden, und zwar wahrscheinlich in Abhängigkeit von einer Kompression des RM. Für die vorhandenen cerebralen Symptome (Flimmern vor den Augen, Nystagums etc.) konnte nur die multiple Herdsklerose in Frage kommen. — Mit Rücksicht auf den Wunsch des Pat., der alle Kuren vergebens angewandt, und auf die Erfolge Langenbuch's bei ähnlichen RM.-Leiden, dehnte Billroth beide Ischiadici. — Trotz guter Wundheilung war von Besserung keine Rede, vielmehr verlief der Fall nach 9 Tagen letal. Die Sektion ergab: Herdweise Sklerose in der Medulla spinalis und oblongata, sowie im Gehirn.

Auffällig war die Thatsache, dass trotz hochgradiger Veränderungen an den Hintersträngen keine Sensibilitätsstörungen bei Lebzeiten bestanden hatten. Dies dürfte seinen Grund in einer grösseren Resistenz der sensiblen Fasern gegenüber den motorischen haben, in der Weise, dass die gleich intensive Wucherung des interstitiellen Gewebes in den Seitenstrangbahnen bereits deutliche Reizerscheinungen hervorruft, während die Funktion der Hinterstränge noch intakt bleibt.

Wie häufig bei centralen Nervenleiden in Folge von mächtigen Nervenerregungen (Gemüthsbewegung etc.) erhebliche Verschlimmerungen beobachtet werden, so liegt hier die Annahme nahe, dass der letale Ausgang eine direkte Folge der durch die intensive Dehnung zu den schon bestehenden noch hinzugefügten Störungen gewesen ist. Es ist also bei ähnlichen therapeutischen Versuchen die grösste Vorsicht geboten.

In den nun folgenden Fällen handelt es sich ausnahmslos um Fälle von typischer Tabes.

I. Seit 16 Jahren bestehende Tabes dorsalis hohen Grades. Dehnung des r. Ischiadicus.

46jähr. M. Seit 16 Jahren lancinirende Schmerzen, seit 6 Jahren Sehstörungen (Sehnervenatrophie), gegenwärtig links vollkommene Amaurose, seit 2 Jahren Obstipation, später Formikationen, Schwanken beim Gehen; zuletzt Gehen nur bei kräftiger Unterstützung auf beiden Seiten möglich, seit 3 Monaten taubes Gefühl in den Fingern und herabgesetzter Tastsinn, schon länger Detrusorlähmung, erloschene Potenz. Bei der Aufnahme ausserdem Pupillenstarre, Ataxie der l. Hand und beider Unterextremitäten, schlendernder Gang, Tast- und Schmerzempfindung namentlich an den Fusssohlen bedeutend abgestumpft, Sehnenreflexe fehlen, ebenso Abdominal- und Cremasterreflex. Alle bisherigen Kuren waren erfolglos gewesen, weshalb sich der Kranke spontan zur Nervendehnung entschloss. Da die Sensibilitätsstörungen und die Ataxie am r. Bein stärker ausgeprägt waren, wurde der r. Ischiadicus (Mikulicz) gedehnt. Nach 10 Tagen Heilung per primam. Effekt: Die Opperation hat „im vorliegenden Falle die objektiv nachweisbaren Störungen des Kranken absolut unbeeinflusst gelassen, während die subjektiven Beschwerden des Patienten nur eine sehr geringe, wie es scheint, ganz vorübergehende Besserung (Verschwinden, resp. Nachlass des Kältegefühles an den unteren Extremitäten) erfuhren". Nach einem späteren Bericht hat sich der Zustand sogar noch verschlimmert.

II. Seit 6 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung des r. N. ischiadicus.

44 jähriger Mann mit ausgesprochener Tabes. Die Störungen vorzugsweise auf der rechten Seite entwickelt, weshalb auf dieser der Ischiadicus gedehnt wird (Billroth). Wundheilung per secundam. Der Erfolg war: völliges Verschwinden der lancinirenden Schmerzen und aller Sensationen bis auf Kältegefühl und Spannung im l. Unterschenkel, geringe Besserung der Ataxie, Aufhören der allerdings sehr geringen Blasenstörung; geringfügige Peroneus-Parese. Beobachtungsdauer 6½ Wochen.

III. Seit 5 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung des r. N. ischiadicus.

48 jähriger Bahnbeamter. Erfolglosigkeit verschiedener Kuren. Mit Rücksicht auf die vorwiegend am rechten Beine ausgesprochenen Störungen dehnte Mikulicz den rechten Ischiadicus. Heilung per primam. — Ataxie und Fehlen der Sehnenreflexe blieb unverändert. Subjektive Beschwerden gebessert, Kältegefühl verschwunden. Sensibilitätsstörungen zum Theil geschwunden. Nach 4 Monaten war der Zustand wieder wie vor der Operation, die subjektiven Beschwerden sogar verschlechtert.

IV. Seit 5 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

42jähriger Mann. Beide Ischiadici von Billroth gedehnt. Heilung per primam. Es persistirten die Sensibilitätsstörungen, die ataktischen Zustände, das Fehlen der Sehnenreflexe, die reflektor. Pupillenstarre. Verschlimmerung der Blasenstörung. Gehstörung durch Peroneus-Parese noch etwas gesteigert. Schmerzen und Paraesthesien unverändert, nur das Kältegefühl gebessert. Hierzu trat später noch Gürtelgefühl.

V. Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

50jähr. Mann, der ausser den Symptomen einer Hinterstrangsklerose auch an cerebralen Störungen, Gedächtnissschwäche, Alteration des Urtheilsvermögens etc., also an aufsteigender Paralyse oder wenigstens neben der Hinterstrangsklerose an Atrophie des Gehirns litt. Trotz ungünstiger Chancen wurde lediglich auf das Drängen des Kranken die Dehnung beider Ischiadici von Mikulicz vorgenommen. Heilung per prim. — Effekt: Die Dehnung hat in diesem Fall, der allerdings keine typische Tabes, wohl aber eine Hinterstrangsklerose darstellt, auf den RM.-Process keine günstige Wirkung ausgeübt. Das cerebrale Leiden wurde wenigstens nicht nachweisbar ungünstig beeinflusst.

VI. Seit 3½ Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

Typische Hinterstrangsklerose ohne Besonderheiten bei einem 45jähr. Pat. Nachdem alle anderen therapeutischen Massnahmen im Stiche gelassen, wurde angesichts der intensiven lancinirenden Schmerzen, die den Kranken zum Morphiophagen gemacht hatten, sowie der hoch-

gradigen Gehstörung als ultimum refugium die Dehnung beider N. ischiadici von Mikulicz ausgeführt. Heilung per prim. — Die lancinirenden Schmerzen wurden nur für wenige Tage gebessert. Im Uebrigen sind nach 3 Monaten die leichten Sensibilitätsstörungen an den Unterextremitäten, sowie die Störungen von Seite der Blase und des Darmes vollständig geschwunden, die Ataxie hat aber eine Steigerung erfahren.

VII. Seit 2 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

Typischer Fall mit gastrischen Krisen bei einem 39jähr. Lehrer. Dehnung beider N. ischiad. (Mikulicz). Heilung per prim. Vorübergehend tritt Anaesthesie im l. Bein auf. Sonst war bei der Entlassung nach 11—12 Wochen nur ein Verschwinden der sehr geringen Blasenstörungen und Sensibilitätsveränderungen zu konstatiren, die gastrischen Krisen blieben unbeeinflusst; zu der vorhandenen Ataxie war noch eine Parese im l. Peroneusgebiete und in den Beugern des l. Oberschenkels hinzugetreten. Nach einer späteren Nachricht hatte sich der Zustand wieder wesentlich verschlimmert.

VIII. Seit 5 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

Typischer Fall ohne Besonderheit. 40jähr. Mann. Dehnung beider Ischiadici (Mikulicz). Heilung per prim. — Günstiger Einfluss auf die sensiblen Störungen, die Funktionen der Blase, des Darmes und der sexuellen Sphäre. Gehfähigkeit hat dagegen abgenommen. Parese des l. Peroneus. Beobachtungsdauer 3 Monate.

Es handelte sich also um 8 unausgewählte Tabeskranke im Alter von 39—50 Jahren und eine Krankheitsdauer von 2—16 Jahren. Mit Einer Ausnahme heilten alle 15 Operationswunden per primam. Die Vf. halten nach ihren Erfahrungen die Drainage nicht nur für überflüssig, sondern wegen der Möglichkeit einer nachträglichen Infektion in Folge von Verschiebung und Verunreinigung des Verbandes sogar unter Umständen für gefährlich.

Die Ataxie erfuhr 5mal keine Veränderung, 2mal eine Steigerung, 1mal eine leichte Besserung, die Sensibilität 4mal keine Veränderung, 2mal eine vorübergehende, 2mal anhaltende (3 Mon.) Besserung, Blasen-Darmfunktionen 2mal gebessert, 1mal Rückkehr der Potenz, 1mal neuauftretende Blasenlähmung. In den Schmerzen nur 1mal deutlicher Nachlass. 5mal trat Peroneusparese ein.

Ein besonderer Nutzen wurde den Kranken also nicht geleistet, und der Verlauf der Tabes in ihrem Wesen nicht beeinflusst, weshalb die Verf. von weiteren Versuchen abstehen wollen. Für ein entscheidendes Urtheil erscheint ihnen jedoch ihre Beobachtungsziffer noch zu klein. „Nur die genaue Vergleichung zweier grosser Reihen von möglichst gleichartigen Fällen, welche das eine Mal rein exspektativ, das andere Mal operativ behandelt wurden, können hier Aufschluss geben."

Stintzing (München).

105. Prof. Friedr. Schultze (Heidelberg), **Ueber die anatomische Grundlage des Tetanus.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 6.)

Verf. polemisirt gegen Aufrecht, der als Ursache des Tetanus eine „parenchymatöse Entzündung" der Ganglienzellen des Halstheiles etc. gefunden haben will, und wirft ihm vor, dass er sich einer ungenügenden Untersuchungsmethode (mit Glycerin) bedient und nicht gewusst habe, dass die Ganglienzellen im Halstheile stets kleiner sind als im Lendentheile. Zudem führe akute Degeneration der Vorderhornzellen zu akuten Lähmungen, nie zu tetanischen Erscheinungen.

Seit seiner früheren Publikation hat S. von Neuem 4 Fälle von traumatischem Tetanus, insbesondere die Gegend des motorischen Trigeminuskernes untersucht. Bei Karminbehandlung fanden sich nie für eine akute Myelitis oder Meningitis charakteristische Veränderungen. In einem von Becker mitgetheilten Falle von Tetanus nach Augenverletzung mit sympathischer Entzündung des anderen Auges ergab sich anatomisch eine Neuritis ascendens beiderseits bis zum foramen opticum, intracraniell waren Sehnerv und Chiasma normal; nichts von Meningitis oder (Bulb.) Myelitis; nur Rundzelleninfiltrationen, wie sie auch bei anderen akuten Krankheiten vorkommen, und in der Höhe des Trigeminuskernes Hyperaemie und kleine Extravasate, wie sie oft beim Tetanus und nicht nur im centralen Nervensystem gefunden werden. Also bestand, wie in allen gut untersuchten Fällen, keine Meningitis und man weiss auch positiv, dass Meningitis keinen Tetanus macht. Verf. vermuthet, dass auch die neuerdings von mehreren Seiten herbeigezogenen Anhäufungen von Lymphzellen um die Gefässe theilweise auf Irrthümern beruhen.

Stintzing (München).

---

106. R. Burkart, Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica (Dyspepsia nervosa). (Mittheilung aus der Wasserheilanstalt Marienberg. Bonn bei Max Cohen & Sohn. 1882.)

Die Dyspepsia nervosa macht ein Theilglied, ein Symptom der Neurasthenie aus; jenes Krankheitsbildes, dessen Kenntniss wir nur zum kleinsten Theile einer objectiven Krankenbeobachtung und dem Ergebniss einer nach exacter Methode angestellten Krankenuntersuchung verdanken, dessen meiste Krankheitserscheinungen wir erst durch die Aussagen der Patienten über ihre subjective Beschwerden und Empfindungen erfahren, deren Existenz und Begründung sich durch eine nachweisbare Veränderung an den entsprechenden Organen fast niemals darthun lässt. — B. stellt sich bei der Einreihung der Dyspepsia nervosa in den Rahmen der Neurasthenie auf den Stand von Beard und Rockwell gegenüber Leube, welcher die Dyspepsia nervosa als eine eigenartige, isolirte Organerkrankung in die Classe der übrigen Magen-

leiden einreiht; wie wohl auch Leube die Bezeichnung nervöse Dyspepsie nur für diejenigen Krankheitsbilder gelten lassen will, bei welchen von anatomischer Seite nichts im Wege steht, eine ausschliessliche Betheiligung des Nervensystems, speciell der Magennerven am Zustandekommen der Dyspepsie anzunehmen und diese Form unterschieden wissen will von jener nervösen Dyspepsie, welche als Symptom bei den pathologisch-anatomisch greifbaren Erkrankungen des Magens auftritt. Um Verwechslungen vorzubeugen und um die Zusammengehörigkeit der hier gemeinten Verdauungsstörungen mit Neurasthenie schon durch den Krankheitsnamen klar auszudrücken, schlägt B. statt der Bezeichnung „nervöse Dyspepsie" den von Hutschinson benutzten Namen Neurasthenia gastrica vor, und möchte damit nur solche Fälle von Nervenschwäche bezeichnen, welche mit einer besonderen Anomalie der Magen-Darmverdauung einhergehen. — Dem oft äusserst complicirten Bilde der Neurasthenie entsprechend wird auch sehr häufig eine combinirte Nomenklatur nöthig werden, wie z. B. die Bezeichnung: Neurasthenia cerebralis gastrica u. dgl. m. Betreffs der weiteren Gruppirung der hierher gehörigen Krankheitsfälle sind zunächst solche zu unterscheiden, bei denen die Anomalien in der Thätigkeit des Magens und Darmes eine solche Intensität erreichen, dass die Patienten ihre dahin bezüglichen Klagen in den Vordergrund aller anderen neurasthenischen Beschwerden stellen und auch anamnestisch der Beginn des Leidens mit Verdauungsstörungen sich feststellen lässt. — Bei einer anderen Art von Krankheiten erreichen die Anomalien der Magen-Darmfunctionen keine besondere Höhe gegenüber den anderen neurasthenischen Symptomen und betreffs ihrer Entstehungszeit treten sie erst in zweiter Reihe auf; dabei werden von den Patienten selbst aber doch alle nervösen Erscheinungen in ein Abhängigkeitsverhältniss zu den Verdauungsstörungen gebracht. In einer dritten Gruppe hierher gehöriger Krankheitsfälle bedingen die Anomalien der Verdauungsthätigkeit und der krankhafte Erregungszustand der damit in innigster Beziehung stehenden Geflechte des Bauchsympathicus nur äusserst wenig örtliche Beschwerden im Vergleich mit der Stärke anderer, gleichzeitig bestehender, plagevoller Symptome der Neurasthenie. Die subjectiven Beschwerden seitens der Verdauungsorgane, über die die Patienten gewöhnlich erst bei einer eingehenden Anamnese klagen, manifestiren sich durch Aufstossen, leichte Uebligkeit, mässiges Sodbrennen, Aufgetriebensein der Magengegend oder des ganzen Leibes, Flatulenz; während bei einer objectiven Untersuchung der Bauchorgane meist eine Hyperästhesie des Plexus des Bauchsympathicus erkennen lässt; diese neurasthenischen Affectionen der Magen-Darmnerven und diese meist unerheblichen Verdauungsstörungen erwiesen sich bei genauerer Beobachtung in der Regel als sehr wichtig für das Zustandekommen und die Neigung der übrigen mehr in den Vordergrund tretenden Erscheinungen. — Hierher gehören endlich noch die Fälle der reinsten, aber seltensten Form von Neurasthenia gastrica, welche ohne andere Symptome sich blos als Verdauungsschwäche manifestiren und auch ausschliesslich auf krankhafte Erregungszustände der Magen-Darmnerven zurückzuführen sind, und welche nach Leube als einfache nervöse Dyspepsie zu bezeichnen wären.

Bezüglich der Aetiologie der Neurasthenia gastrica sind in vielen Fällen nicht Diätfehler oder sonstige den Magen und Darm treffende Schädlichkeiten zu beschuldigen, sondern weit eher solche ätiologische Momente, welche eine nervöse Affection zu erzeugen im Stande sind.

In erster Linie gehören hierher alle Krankheitsursachen, welche auch die andern Formen der Neurasthenie im Gefolge zu haben pflegen: bei hereditärer Belastung der nervösen Organe, wobei gewöhnlich sehr geringfügige Momente als Entstehungsursache der neurasthenischen Symptome figuriren. Disponirende Momente sind ferner dauernde, anstrengende Geistesarbeit, wobei sich oft unter sehr geringfügigen oder auch ohne besondere Gelegenheitsursachen der ganze neurasthenische Symptomencomplex entwickelt. Dieser Entstehungsmodus spielt bei der Bevölkerung grosser Städte, besonders unter den modernen socialen Verhältnissen eine wichtige Rolle. — Ferner sind hier zu nennen eine Menge schädlicher Reize, die ein gewisser Lebensübergenuss im Gefolge hat; und zwar nicht nur Excesse in Baccho et in Venere, sondern nicht minder die geistigen Genüsse und geselligen Vergnügungen der sog. besseren Stände, deren Folgen besonders im Nervensystem des widerstandsloseren, weiblichen Individuums sich zu erkennen geben.

Streng genommen nicht in den gegenwärtig besprochenen Rahmen gehörend, aber doch mit den übrigen erwähnten Symptomencomplexen im Wesentlichen übereinstimmend sind die Formen von Neurasthenia gastrica, deren Grund in einer pathologisch-anatomischen Structurveränderung des Magen-Darmkanals gelegen ist und ebenso sind jene Fälle hier auszuschliessen, die, ohne Structurveränderung im Verdauungstractus im Gefolge oder als Begleiterscheinungen anderer schwerer (anatomischen) Erkrankungen des Nervensystems auftreten.

Schwieriger ist die Abgrenzung jener Fälle von Neurasthenia gastrica, welche in Gefolge von acut oder chronisch verlaufenden, den Organismus alterirenden und erschöpfenden Krankheiten auftreten, da durch diese Krankheiten den früher erwähnten analoge disponirende Momente geschaffen werden.

Vielfältig erscheint die nervöse Verdauungsschwäche vicariirend mit anderen Formen der Neurasthenie und zwar tritt sie dann bei bestimmten Abschnitten des Verdauungstractus auf, z. B. nur im unteren Abschnitte des Darms bei geringfügiger Betheiligung der oberen Partieen und des Magens etc.

Häufig sind fassbare Ursachen für die Entstehung oder Steigerung oder das Recidiv der neurasthenischen Magen-Darmaffection gar nicht zu eruiren.

Die häufigsten Symptome sind solche, wie sie überhaupt bei Erkrankungen des Verdauungstractus und chronischer Dyspepsie vorkommen und sind keineswegs pathognomonisch für die Neurasthenia gastrica. Ausser vereinzelten Ructus findet man häufig Anfälle von dauerndem, sehr quälendem oder geräuschvollem Luftaufstossen; — bisweilen, aber viel seltener, kommt es zu Erbrechen sauren Mageninhalts — diese beiden Erscheinungen sind als Reflexvorgänge aufzufassen, bedingt durch abnorme Erregungszustände der gastrischen Nerven und sind meistens von der Beschaffenheit der Verdauungssäfte und vom Mageninhalt überhaupt unabhängig; — eine Steigerung dieser

abnormen Reflexerregbarkeit ist gewöhnlich die weitere Folge und führt zu zahlreichen anderen auf der Basis der Reflexthätigkeit sich entwickelnden Erscheinungen und Idiosynkrasien gegen bestimmte Speisen, Gewürze etc. Vasomotorische Störungen der nervösen Centralapparate, hochgradige Irritabilität der Magen- und Darmschleimhaut u. dgl. m.

Eine weitere Symptomengruppe besteht in einer Veränderung, in einem sehr wechselvollen Verhalten des Nahrungsbedürfnisses und der Esslust: vollständige Appetitlosigkeit mit Widerwillen gegen Speise, oder blosse Verminderung der Esslust wechselt mit interimistisch auftretendem intensiven Hungergefühl, mit Heisshunger ab, in dessen Gefolge alle möglichen cerebralen und psychischen Symptome zur Erscheinung kommen. — Die bei nervöser Verdauungsschwäche bestehenden Erschlaffungszustände der Magen- und Darmmusculatur führen zu Störungen der Magen- und Darmperistaltik, mangelhafter Defäcation und deren Folgen, als Druck, Gefühl von Vollsein im Leib, Hämorrhoidalbeschwerden, functionelle Störungen im Nervensystem, die auf reflectorischem Wege von den Schleimhautnerven des Colon und Rectum hervorgerufen werden, besonders bei künstlich erwirkter Stuhlentleerung. Dahin gehören Kopfschmerz, psychische Verstimmung, Behinderung im Denkvermögen, selbst Ohnmachten u. dgl. m. — Auch das umgekehrte Verhalten, Beschleunigung der Stuhlentleerung unter Begleitung oben erwähnter Erscheinungen wird nicht selten beobachtet.

Auf ein Symptom bei der nervösen Verdauungsschwäche legt B. grosses Gewicht, das er ziemlich constant hat nachweisen können: eine eigenthümliche Hyperästhesie einzelner der tastbaren grossen Bauchgeflechte des Nerv. sympathicus. Diese Hyperästhesie äussert sich nicht als ein spontan entstehendes, dauerndes oder paroxysmenweise auftretendes Wehgefühl in dem zugehörigen Verbreitungsbezirk des afficirten Nervenabschnittes, sondern sie ist nur objectiv nachweisbar durch einen von aussen auf die Bauchdecken ausgeübten Druck, welcher die erkrankten Nervenplexus trifft; ähnlich wie auch bei anderen Formen der Neurasthenie der Druck auf bestimmten, besonders hyperästhetischen Körperstellen Schmerzgefühl und andere, auf reflectorischem Wege zu Stande kommende nervöse, besonders vasomotorische Symptomencomplexe erzeugt. — Bei der Neurasthenia gastrica kommen für das genannte Symptom in der Bauchhöhle besonders drei Stellen in Betracht: Die eine Stelle findet man bei Rückenlage des Patienten in der Mittellinie, etwas unterhalb des Nabels und wenig oberhalb der (idealen) Verbindungslinie beider Spin. sup. anter. der Darmbeine bei langsamem, senkrecht wirkendem Druck gegen die 4.—5. Lendenwirbel; entsprechend dem Plexus hypogastricus superior. Dieser Druck erzeugt ein intensiv durchdringendes Schmerzgefühl, das nach aufwärts in der Mittellinie bis zur Gegend der Magengrube oder dem Plexus solaris, seltener bis zu beiden Seiten des Halses hin ausstrahlt und das von einer Anzahl reflectorischer Erscheinungen begleitet ist: Respirationsstörungen, Ructus, vasomotorische Störungen, Angstanfälle u. dgl. m.

Ein zweiter Punkt der erhöhten Druckempfindlichkeit ist die dem Plexus coeliacus oder solaris entsprechende Gegend der Bauchhöhle. — Die hier durch Druck erzeugten Schmerzen sind weniger intensiv, die

Ausstrahlung weniger weitreichend und nicht von reflectorischen Erscheinungen begleitet; — ebenso von geringer In- und Extensität die vom dritten Punkte, dem Plexus aorticus aus durch Druck erzeugten Erscheinungen.

Die einzelnen Details dieser auf vorstehende hypogastrische Druckhyperästhesien gerichteten Untersuchungen müssen im Original nachgelesen werden; ebenso die Darlegung der kritischen Momente, in welchen die Berechtigung dieser Druckphänomene als diagnostische Anhaltspunkte begründet ist.

Nach der ganzen Darlegung des Symptomencomplexes kommt B. zu dem Schlusse, dass die von dem Patienten empfundenen Beschwerden der reinen Neurasthenia gastrica nicht wesentlich verschieden sind von denjenigen solcher Krankheitszustände, denen organische Veränderungen im Verdauungsschlauch zu Grunde liegen; dass die Natur des Leidens aber für den geübten Beobachter durch die eigenthümliche Färbung der einzelnen Krankheitserscheinungen, durch ihre Beziehungen zu einander und durch ihr wechselvolles Auftreten erkennbar ist, und bespricht noch die von Leube aufgestellten differential-diagnostischen Momente für die Unterscheidung der Dyspepsia nervosa von anderen pathologisch-anatomisch greifbaren Magenaffectionen.

Die Prognose der nervösen Verdauungsschwäche ist sehr verschieden, je nach Umfang, Intensität und Dauer der neurasthenischen Erkrankung; in den meisten Fällen ist wohl eine momentane Heilung möglich und zwar um so rascher und leichter, je uncomplicirter dieselben sind und je kürzer die Dauer ihres Bestehens, dagegen ist die Neigung zu Recidiven stets eine sehr grosse; schwer gestaltet sich die Prognose, wo die Neurasthenia gastrica als Vorläuferstadium anderer, organischer Erkrankungen des Nervensystems, z. B. der Tabes auftritt.

Die Therapie der Neurasthenia gastrica fällt z. Th. mit der bei anderen Formen der Nervenschwäche sich als wirksam erweisenden zusammen; sie muss darauf gerichtet sein, die krankhaft veränderte Erregbarkeit sowohl der Magen-Darmnerven, als auch die des übrigen Nervensystems in normale Bahnen zurückzuführen. Gute Dienste leisten hier die verschiedenen hydriatischen Proceduren: Abreibungen, Halbbäder, Brausen, Douchen. — Zur therapeutischen Beeinflussung der lokalen Affection des Verdauungschlauches empfiehlt sich als sehr wirksames Mittel der constante Strom und zwar in der Anordnung, dass die Anode auf die dem oben erwähnten hyperästhetischen Plexus entsprechenden Stellen des Bauches und die Kathode stabil auf die Wirbelsäule aufgesetzt wird.

Von einer Medication sah B. befriedigende Erfolge bei der Darreichung von Höllensteinpillen mit oder ohne Rhabarber und Belladonna, ebenso von einer Trinkcur mit Kissinger Rogotzy ($^1/_8$—$^1/_2$ L. per Morgen). Bei allen diesen Curen spielt selbstverständlich Diät und Regimen eine nicht zu unterschätzende Rolle. 5 Krankengeschichten, die am Schlusse noch angeführt, sind im Original nachzusehen.

Engesser (Freiburg i. B.).

107. Dr. M. Braun, Ueber die Herkunft von Bothriocephalus latus Brems. (St. Petersb. mediz. Wochenschr. 1882. Nr. 16.)

Während für die Taenia solium, T. mediocanellata, T. cucumerina-elliptica u. s. w. durch zahlreiche Beobachtungen festgestellt ist, dass ihre Entwicklung sich über zwei Thierarten erstreckt, indem aus dem Ei in dem Zwischenwirth sich die Finnen und aus diesen in dem Wirth sich der Bandwurm entwickelt, war für den Bothriocephalus latus ein entsprechender Entwicklungsgang noch nicht nachgewiesen. Knoch gab an, dass der sechszackige Embryo desselben sich direkt zum Bandwurm ausbilde. Alle kompetenten Beobachter jedoch läugnen die Beweiskraft der Knoch'schen Experimente. Es blieb für den Bothriocephalus latus der Zwischenwirth bez. die Finne des B. l. noch zu finden.

Diese Finne nun hat Braun in dem Hecht (esox luvius) und in der Quappe (lata vulgaris) gefunden — das Vorkommen der Finnen in den beiden Fischen ist ein ganz gewöhnliches; ein mittelgrosser Hecht beherbergt deren 40 bis 50 —, und es ist ihm gelungen, aus den gefundenen Finnen im Darm eines Säugethieres (Katze und Hund) geschlechtsreife Bandwürmer zu erziehen. Die Versuche sind mit der nöthigen Vorsicht, unter Vermeidung der Fehlerquellen ausgeführt und gaben sichere Resultate.

E. Bardenhewer.

---

108. Dr. Steuer, Dr. Simon und Dr. Toeplitz, Bericht über den ersten Versuch von Kinderferiencolonieen in Breslau im Jahre 1881. (Breslauer ärztl. Zeitschrift 1882 Nr. 8.)

Bereits in den 50er Jahren hat Barellai den Versuch gemacht, schwächliche und kranke Kinder armer Eltern durch längeren Aufenthalt an gesunder Seeküste wiederherzustellen; er erzielte sehr günstige Erfolge und wusste seine Landsleute so für sein Unternehmen zu gewinnen, dass jetzt mehr als 20 Seehospize, der Aufnahme kranker und schwacher armer Kinder gewidmet, in Italien bestehen. Es folgten diesem Beispiel England, Frankreich, Holland, Belgien, Dänemark, Amerika. Auch in Deutschland bestehen einzelne Anfänge derartiger fester Heilstätten (Sanatorien), theils an der See, theils in Soolbädern. Die Feriencolonieen, wie sie über ganz Deutschland in einer Reihe von Städten eingerichtet sind, eine Konsequenz jener Sanatorien, unterscheiden sich von diesen dadurch, dass sie keine feststehenden Hospize, sondern wirkliche Colonieen sind, welche bei Beginn der Ferien gebildet und am Ende derselben aufgelöst werden, dass ferner nur kleinere Gruppen zusammenhalten, und dass nicht kranke, sondern lediglich schwächliche und heruntergekommene Kinder Aufnahme finden. Zweck der Colonieen ist, Kindern, welche durch schlechte diätetische und hygienische Verhältnisse in Gefahr sind, bedrohlicher Krankheit zu verfallen, durch mehrwöchentlichen Aufenthalt in gesunder Luft und bei

guter Verpflegung dauernd zu kräftigen und widerstandsfähig zu machen. Den ersten Versuch in dieser Richtung machte der Pfarrer Bion, es folgte Varentrapp, bald auch Basel, Stuttgart, Dresden, Wien, Hamburg, Königsberg, Breslau (81). Bedenken gegen die Einrichtung von Colonieen wurden auch hier vielfach ausgesprochen, jedoch als unbegründet zurückgewiesen. Man sagte, eine so kurz dauernde zweckentsprechende Lebensweise sei nicht im Stande, einen festen Grund zu legen gegen die nach derselben einwirkenden Schädlichkeiten der Lebensweise in den untersten Volksklassen grosser Städte. Dagegen sprach aber das günstige Resultat älterer Versuche mit Feriencolonieen, sodann die Erwägung, dass es nicht die schlechte Lebensweise absolut sei, welche die ungünstige Entwickelung der Kinder bedinge, sondern dass noch andere Momente anzuklagen seien: schlechte Blutmischung, gestörte Verdauung u. s. w., Störungen, welche erfahrungsgemäss einem mehrwöchentlichen Aufenthalt in gesunder See- oder Waldluft weichen, nachdem sie lange Zeit ärztlicher Behandlung getrotzt haben. Der weitere Einwand, die Zahl der Kinder, welchen eine solche Wohlthat zu Theil werden könne, sei eine verschwindend kleine im Verhältniss zur Summe derer, welche sie bedürfen, erwies sich gleichfalls nicht als stichhaltig. (Die Zahl betrug zunächst 100 und soll in den nächsten Jahren verdoppelt werden, sodass 5¹/₂ % der Schulkinder Aussicht haben, bei einer Colonie betheiligt zu werden.) Einige weitere Einwände sind von untergeordneter Bedeutung. Die Mittel zur Ausrüstung der Colonieen fanden sich rasch durch Wohlthätigkeit, denn rasch drang die Einsicht durch, dass es hier gilt, Elend nicht sowohl zu lindern als zu verhüten und zu erreichen, dass kräftige, gesunde Menschen, die der Stadt, dem Staat, der Menschheit nützen können, entwickelt werden statt Krüppeln und Schwächlingen. Bezüglich der Wahl der Orte wurde gesehen auf gesunde Lage, Nähe eines benutzbaren Waldes, gutes Trinkwasser, womöglich auch Gelegenheit zum Baden; für Grösse und Salubrität der Schlafräume wurde ebenfalls gesorgt. Die Kost war eine einfache, kräftige. Zu grösster Reinlichkeit waren die Wirthe verpflichtet. Das Körpergewicht der Kinder betrug vor ihrer Abreise weit weniger als das von Quetelet angegebene Durchschnittsgewicht. Sehr erfreulich war das Resultat nach der Rückkehr aus den Colonieen. Wurde auch nicht das Quetelet'sche Durchschnittsgewicht erreicht, so war doch die Zunahme eine sehr bemerkenswerthe. 6 Monate nach der Rückkehr fand, was von besonderem Interesse ist, eine weitere, z. Th. ansehnliche Gewichtszunahme statt, so dass das Gewicht der Kinder dem Quetelet'schen Durchschnittsgewicht nahe kam, es erreichte, ja mehrfach übertraf (z. B. das der 8—9jährigen Knaben, 10—11jährigen Knaben etc.). Die recht übersichtlichen und interessanten Tabellen sind im Original nachzusehen. Es wäre erfreulich, wenn diese so zweckmässige hygienische Massnahme der Feriencolonieen immer weitere Verbreitung fände.

J. Wolff (Breslau).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 6. Juni. Nro. 9.

109. **Voigt, Diphtheritis und Tracheotomie.** Aus der Kinderklinik zu Strassburg. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1882. XVIII. Band. 2. und 3. Heft.)

Verfasser berichtet über die im Jahre 1880/81 in der Kinderklinik zu Strassburg ausgeführten Tracheotomieen und theilt genaue Krankengeschichten mit; es wurden im Ganzen 47 ausgeführt, von welchen 10, also 21,27 % zur Heilung gelangten. Beide Geschlechter waren gleichmässig an der Erkrankung betheiligt und es liess sich keine Bevorzugung des einen oder andern konstatiren. Die grösste Sterblichkeit wiesen die Patienten im 1., 2. und 3. Lebensjahre auf; die 2 im ersten Lebensjahr operirten Fälle starben beide, von den im 2. Lebensjahre stehenden 15 Patienten genas nur einer und von den im 3. Lebensjahr stehenden 8 Patienten ebenfalls nur einer.

Was die Häufigkeit der Diphtheritis nach Jahreszeiten und Monaten anlangt, so erreichte die Bösartigkeit der Epidemie in den Sommermonaten ihren Höhepunkt. Ein strenger Unterschied zwischen Croup

und Diphtheritis konnte nicht durchgeführt werden; es wurde nur ein gradueller Unterschied zwischen beiden Erkrankungen gemacht, welche auf die mannigfachste Weise in einander übergehen. Es kamen Fälle zur Beobachtung, wo Kinder mit stenotischen Erscheinungen anlangten, bei denen im Rachen keine Auflagerungen zu bemerken waren, trotzdem waren bereits Symptome der Allgemeininfection (Albuminurie) vorhanden und bald trat Belag der Wunde auf, wodurch sich die diphtheritische Natur der Erkrankung illustrirte. In andern Fällen wiederum war ausgesprochene Diphtherie des Rachens vorhanden, während in Larynx und Trachea dicke fibrinöse Abgüsse nach der Operation zu Tage traten, in andern Fällen wieder, wo hochgradige Stenose des Larynx sich zeigte, fand sich die Schleimhaut des Larynx und der Trachea in grosser Intensität diphtheritisch infiltrirt.

Was die Technik anlangt, so wurde meist die obere Tracheotomie nach dem Verfahren von Bose gemacht. Nur bei stark entwickelter Schilddrüse, was in der Strassburger Gegend nicht selten ist, wo der mittlere Lappen den Schildknorpel überragt, und wo es trotz genauer Befolgung des Bose'schen Verfahrens nicht möglich war, die Schilddrüse vom Kehlkopf abzupräpariren, wurde die Cricotracheotomie ausgeführt, in einem Falle die tracheotomia inferior. Blutungen kamen nur wenig vor, nur in 2 Fällen, bei denen wegen plötzlich auftretender bedrohlicher Asphyxie die Trachea schnell eröffnet und desshalb der mittlere Schilddrüsenlappen gespalten werden musste, kamen starke Blutungen vor.

Um die diphtheritische Infection der Wunde zu verhindern, wurde im Laufe des Jahres alles versucht; es wurde die Wunde gleich nach der Operation mit Eisenchlorid verschorft, später dann täglich mit 5 % Carbolsäurelösung betupft; in andern Fällen wurde die Wunde nach der Empfehlung von Pinner mit 12 % Chlorzinklösung geätzt, und die Wunde mit einer antiseptischen Salbe (bestehend aus acid. salicylic. 5,0 cer. flav. und butyr. insuls. āā. 15,0) oder mit einer mit Campherwein befeuchteten Compresse bedeckt; in andern Fällen wiederum wurde die Wunde mit Jodoform oder Brom-Bromkaliumlösung betupft; doch verursachte dies den Kindern einen solchen Hustenreiz, dass es aufgegeben werden musste. In allen Fällen von schwerer Diphtheritis wurde die Wunde aber immer diphtheritisch inficirt. In einigen Fällen wurden Einträufelungen von Salicylsäurelösung (acid. salicylic. 1,0, acid. boric. 3,0, aq. destillat. 100,0) in die Trachea gemacht, ohne dass Nutzen zu constatiren gewesen wäre. Die Hauptnachbehandlung bestand in der Anwendung von Inhalationen. In dem Zimmer, wo die tracheotomirten Kinder lagen, waren grosse Inhalationsapparate aufgestellt, welche fast beständig gingen. Ausserdem inhalirten die Kinder jedes 1000—1500 gr täglich direct. Von allen medicamentösen Flüssigkeiten, die in der Strassburger Kinderklinik angewendet wurden (Natr. benzoic. in $2^1/_2$ %, Natr. salicylic. in $2^1/_2$—5 %, Kali chloric. in 1,0 %, Carbolsäure in $^1/_2$ — 1 % Lösung, Thymol 1 : 1000, aq. Calcis, Glycerin 1 : 4) hat Glycerin sich am besten bewährt.

Mehrere Fälle von exquisiter Stenose scheinen mit permanenten Glycerininhalationen geheilt zu sein. Selbst in Fällen, wo später noch die Tracheotomie gemacht werden musste, trat nach Glycerininhalationen

Erleichterung auf. Selbst bei tracheotomirten Kindern, wo Bronchialcroup und Orthopnoe vorhanden war, war nach Glycerininhalationen immer, wenn auch nur für kurze Zeit, ein günstiger Effect zu constatiren.

In 3 Fällen machte bei der Nachbehandlung die Entfernung der Canülen grosse Schwierigkeiten wegen Granulationspolypen, welche jedenfalls ihren Ursprung gefensterten, fehlerhaften Canülen verdankten, welche mit ihrem zu hoch gelegenen obern Fensterrand einen Reiz auf den obern Wundrand ausgeübt und so die Granulationen verursacht hatten. Letztere konnten erst nach und nach durch Touchiren mit Höllenstein beseitigt werden. Einer von diesen Patienten musste, da die Canüle, welche nicht wieder eingeführt werden konnte, und Patient am Ersticken war, zum 2. Male tracheotomirt werden.

Was den Zeitpunkt der Operation anlangt, so wurde erst operirt, wenn alle andern Mittel, warme Senfbäder mit kalten Uebergiessungen, permanente Glycerininhalationen ohne nachtheiligen Effect blieben, am Anfang des dritten Stadiums, wenn starke Cyanose eintrat und die Dyspnoe sich zu ausgesprochenen Suffocationsanfällen steigerte. — Von den speciell gegen Diphtheritis empfohlenen Mitteln hat man in der Strassburger Kinderklinik von keinem die Ueberzeugung gewinnen können, dass in schweren Fällen von Diphtheris eine Heilung herbeigeführt wird. Pilocarpin hat sich nur in Fällen von Mandeldiphtherie bewährt. Bei der Papayotinbehandlung sind mehr Patienten als früher genesen, doch sind weitere Beobachtungen abzuwarten. Trotzdem alles, was rationell schien, versucht wurde, so ist man doch immer wieder zu der, schon seit einer Reihe von Jahren auf der Kinderklinik eingeführten, rein symptomatischen Behandlungsweise zurückgekehrt, welche darin besteht, dass den Patienten eine Eiskravate um den Hals gelegt wird, dass ihnen alle zwei Stunden der Mund ausgespült, und ihnen zur Erhaltung der Kräfte reichlich Wein, Xeres, Malaga 200 bis 300 gr täglich gereicht wird.

Den Grund nun für den relativ ungünstigen Verlauf der Tracheotomie, den geringen Genesungsprocentsatz (21,27 im Vergleich zu andern Operateuren, Bardenheuer 35,6 und Böckel 50 %) findet Verfasser einmal darin, dass viele Patienten bereits moribund ins Spital kamen und dass es sich in den meisten Fällen um elende, heruntergekommene, zum Theil kachektische Individuen handelte, die unter den erbärmlichsten, socialen Verhältnissen, in schlechten, dumpfigen Wohnungen ihr Leben zugebracht hatten und entweder schon vor dem Eintritt ins Spital eine Reihe von Krankheiten durchgemacht hatten oder zur Zeit der Aufnahme ins Spital an scrophulösen resp. rachitischen Erscheinungen litten.

Ein zweiter wesentlicher Factor für die hohe Mortalitätsziffer liegt ferner nach dem Verfasser in dem Umstande, dass es sich im Laufe des Jahres fast nur um schwere Formen der Diphtherie handelte und der Charakter der Strassburger Diphtheritisepidemie ein sehr bösartiger war. Es handelte sich, wie aus der klinischen Beobachtung hervorging, bei dem grössten Theil der Fälle um intensive Allgemeininfection.

Anatomisch liessen sich die diphtheritischen Veränderungen in grosser Ausdehnung und Intensität jedesmal nachweisen, zuweilen

kam es zum Uebergreifen der Diphtheritis auf den Digestionstractus und es war fast stets ausser den specifisch diphtheritischen Processen eine gleichzeitige Affection der Lunge und der drüsigen Organe nachweisbar.

Die hohe Mortalitätsziffer findet dann noch darin eine Erklärung, dass eben alle Fälle operirt wurden, welche mit stenotischen Erscheinungen ins Spital eintraten, ganz gleich, welchem Lebensalter sie angehörten, welche Krankheiten sie überstanden, und ob besondere Complicationen von Seiten der Respirations- oder Circulationsorgane vorhanden waren. Wenn auch die Chancen für die Erhaltung des Lebens auf diese Weise gering waren, so wurde doch immer operirt, sei es auch nur, um die Qualen des Erstickungstodes zu mildern. Und in allen Fällen war der augenblickliche Erfolg der Operation ein eclatanter, jedesmal wurde den Patienten eine wesentliche Erleichterung geschaffen. Dass das Princip, alle, selbst verzweifelte Fälle von Stenose zu operiren, das allein richtige war, dafür führt Verfasser 2 genesene Fälle an, von welchen der eine Fall, ein 1½ jähr., sehr zartes Mädchen, von einem andern Operateur als zur Operation noch zu jung mit einem Brechmittel fortgeschickt und später auf der Kinderklinik operirt wurde, während der andere Fall, ein 6jähr. Mädchen, wegen der grossen Ausdehnung und Intensität der diphtheritischen Erkrankung (dicker diphtheritischer Belag auf beiden Tonsillen und Zäpfchen, exquisite Nasendiphtherie, abnorme Lymphdrüsenschwellungen zu beiden Seiten des Halses, Temperatur 40,2, Puls 188, lauter stridor) nur noch wenige Stunden zum Leben übrig zu haben schien und in Folge der Operation trotz der Ausbreitung des Processes genass.

Den Hauptgrund aber für den relativ ungünstigen Verlauf sucht Verfasser in der Coincidenz oder schnellen Aufeinanderfolge der Infectionskrankheiten, denen die Patienten bei den früher unzureichenden Räumlichkeiten im Bürgerspital ausgesetzt waren. Da die Strassburger Kinderklinik keinen Isolirraum für die einzelnen Infectionskrankheiten besitzt, so mussten die mit Infectionskrankheiten behafteten Kinder in ein und dasselbe Gebäude, welches erst, als die Infectionskrankheiten in Strassburg sich häuften, von der Direction des Bürgerspitales der Kinderklinik abgetreten war, untergebracht werden. Obgleich die Patienten nach den Infectionskrankheiten in verschiedenen Zimmern isolirt wurden, so kamen in diesem Epidemienhause, welches bei dem grossartigen Material der Strassburger Kinderklinik oft 7 verschiedene Infectionskrankheiten (Masern, Scharlach, Diphtheritis, Keuchhusten, Windpocken, Pocken und Ruhr) beherbergte, Uebertragungen von Infectionskrankheiten, trotz grösster Vorsicht von Seiten der Aerzte, trotz scrupulösester Gewissenhaftigkeit, trotz permanenter Ventilation, trotz der bis in das Kleinste durchgeführten Desinfection der Räume entweder durch Ausschwefeln oder durch fast beständig gehende Sprays, sei es mit Thymollösung 1 : 1000, Carbollösung in ½ bis 1% Lösung, salicylsaurem Natron in 5 % Lösung oder mit Natron benzoicum in 5 % Lösung oder durch Verdampfen von Brom-Bromkaliumlösung oder Oleum terebinthinae, welches beständig in einer Schale zum Verdampfen aufgestellt war, Uebertragungen von Infectionskrankheiten fast tagtäglich vor und die Sterblichkeit war bei dieser Cumulation eine enorme und

der Epidemienheerd war ein beständiger Infectionsheerd. Von den 37 zu Grunde gegangenen tracheotomirten Kindern waren 18 mit anderen Infectionskrankheiten complicirt und zwar schloss sich die Diphtheritis 2 mal an Typhus, 1 mal an Scharlach, 11 mal an Morbilli, 1 mal an Varicellae und Morbilli, 1 mal an Pertussis, Varicellae und Morbilli, 2 mal an Scarlatina und Morbilli; nur in 5 Fällen traten die Patienten mit doppelten Infectionen in die Klinik ein. In 13 Fällen acquirirten die Kinder in der Klinik selbst Diphtheritis, woran sie zu Grunde gingen. — Von den 10 geheilten Fällen, welche unmittelbar vorher keine Infectionskrankheit durchgemacht hatten, erkrankten nach der Operation 2 Fälle an Scarlatina, 2 Morbilli, 1 Typhus; Verf. schliesst daraus, dass ein ungünstiger Ausgang der Operation immer zu erwarten ist, wenn Croup sich unmittelbar an eine Infectionskrankheit anschliesst, da der kindliche Organismus der neuen Infection eine sehr geringe Widerstandskraft bietet; günstiger gestaltet es sich schon, wenn andere Infectionskrankheiten sich der Diphtheritis anschliessen.

Zum Schluss stellt Verfasser auf Grund der im Strassburger Kinderspital gewonnenen Erfahrung die hygienische Forderung auf, dass bei Kinderspitälern, wenn sie nicht Brutstätten und beständige Infectionsheerde von Krankheiten sein sollen, Isolirräume, etwa nach dem Muster des St. Wladimirhospitals in Moskau, für je eine Infectionskrankheit ein besonderer Raum, vorhanden sein müssen, welche nach ihrer Bauart im Stande sind, die Patienten, welche bei der Specifität der Erkrankungen im kindlichen Alter so ausserordentlich zu Uebertragungen von Krankheiten disponiren, vor weiteren Erkrankungen zu schützen.

Kohts (Strassburg).

---

110. **Dr. J. Andeer, Resorcin bei Diphtheritis.** (Centralbl. für die med. Wissensch. 1881, Nr. 20.)

A. sah sehr günstige Erfolge von der Anwendung des Resorcin in chemisch reiner Form bei den infectiösen Krankheiten des ganzen Schleimhautsystems, insbesondere bei Diphtherie; ebenso gut waren die Erfolge bei ausgedehnten Hautwunden, Dammrissen und Scheidenverletzungen in der Nachgeburtsperiode. In leichteren Fällen genügt eine Aetzung mit Resorcin in Krystallform oder Anwendung von concentrirter Resorcin-vaselinsalbe. In schwereren und den schwersten Formen wurde die wiederholte örtliche Application mit innerlicher Verabreichung des Mittels combinirt. Mit dieser Behandlung hat A. von 222 behandelten Diphtheritisfällen nicht einen einzigen verloren.

Kopp.

111. **Martin Preangesheim, Biedert's Kindernahrung.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XVIII. Band, 2. und 3. Heft.)

Verf., welcher die Biedert'sche Kindernahrung in mehr als 100 Fällen, auch bei seinen eignen Kindern angewandt hat, zieht dieselbe allen andern Surrogaten vor, indem sie 1. der Muttermilch qualitativ am meisten angepasst sei und 2. in dem sie sich auch bei allen Erkrankungen der Digestionsorgane vortrefflich bewährt habe. In allen Fällen von pathologischen Zuständen der Verdauungsorgane, vom einfachen Magendarmkatarrhe bis zu den schwersten Formen des Brechdurchfalls und der Atrophie war der Erfolg bei längerem Gebrauche der Biedert'schen Kindernahrung ein durchschlagender, indem sämmtliche Pat. bis auf 3 schon von vorn herein aufgegebene Fälle (2 Atrophie, 1 tuberculöse Meningitis) gesund wurden und gesund blieben. Sei der Preis auch hoch, so sei er doch nicht so hoch, um das Rahmgemenge auch ärmeren Kreisen zugänglich machen zu können; auch seien die anderen Surrogate noch theurer. Wenn auch die Kuhmilch, sowohl was Preis als Brauchbarkeit beträfe, am meisten zu empfehlen sei, so sei sie doch für grosse Städte, welche keine von der Commune eingerichteten Milchanstalten besässen, in guter Qualität doch fast nie zu beschaffen und gerade für diesen Fall, für grosse Städte empfiehlt Verf. das Biedert'sche Rahmgemenge als das vorzüglichste Surrogat der Muttermilch auf das Nachdrücklichste.

Kohts (Strassburg).

---

112. **Dr. E. Mendel, Die Veränderungen der Hirnrinde in dem ersten Stadium der progressiven Paralyse der Irren.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 3.)

Der Aufsatz enthält die Krankengeschichte und den Sektionsbefund eines sehr früh im melancholischen Stadium zu Grunde gegangenen Paralytikers, bei dem man bei Lebzeiten eine funktionelle Störung, eine einfache Melancholie angenommen hatte, wie sie sich nicht selten im Endstadium der Tuberkulose entwickelt. Es handelte sich um einen phthisischen Pat., der mit 37 Jahren in Melancholie verfiel, an Verfolgungsideen, zuletzt an Hallucinationen litt und unter Delirien zu Grunde ging. Bei dem hartnäckigen Schweigen liess sich nicht entscheiden, ob eine Sprachstörung vorhanden war.

Bei der Sektion fand sich milchige Trübung der Pia mit einigen miliaren Knötchen. Links: Im Gyrus central. post. leichte Verdichtung der Neuroglia, vereinzelte Spinnenzellen in derselben. Im Occipitallappen, im Gyr. occipito-temporal medial. und lateral. stärkere Entwicklung der Spinnenzellen in der Neuroglia; ebenso in den Inselwindungen, wo die Neurogliaschicht verdichtet ist. Im Gyr. frontal. infer. und Gyr. uncinatus hochgradige Entwicklung der Spinnenzellen in

der dicht verfilzten Neurogliaschicht und in der Ganglienzellenschicht. Dieselben Veränderungen in geringerem Grade im dorsalen Theil der unteren Stirnwindung. In der R. Hemisphäre dieselben Verhältnisse, nur viel weniger ausgesprochen.

Nach diesem Befunde hat also eine Encephalitis interstitialis corticalis bestanden; und die Melancholie hat das melancholische Stadium einer progressiven Paralyse dargestellt. Der Beginn der Erkrankung war in der Neurogliaschicht nachzuweisen; die für Paralyse charakteristische Kernvermehrung wurde vermisst, diese muss daher wohl einem späteren Stadium zukommen, und kann die Gefässveränderung und die Auswanderung weisser Blutkörperchen nicht den Ausgangspunkt der Erkrankung bilden.

Die hier am intensivsten veränderte Region des Sprachcentrums würde, wenn diese frühe Lokalisation sich in weiteren Fällen bestätigte, in Einklang stehen mit der Sprachstörung im ersten Stadium der Paralyse.

Stintzing (München).

---

113. **Prof. Dr. W. Erb, Ueber den Weg der geschmackvermittelnden Chordafasern zum Gehirn.** (Neurolog. Centralbl. 1882, Nr. 4, 5 u. 7.)

Zur Entscheidung der noch ungelösten Frage, ob die Geschmacksfasern der Chorda tympani im Stamme des N. faicalis selbst oder, nach erneutem Umwege in dem Stamme des N. trigeminus in das Gehirn gelangen, theilt E. folgende klinische Beobachtung mit.

45jähr. M. erkrankt mit Doppelsehen und Anaesthesie der R. Gesichtshälfte, Zunge etc. 8 Monate später fand sich: Lähmung des R. Abducens, Parese des Rectus superior u. Levat. palp. sup. dext., Paralyse des ganzen R. Trigeminus. Geschmack rechts herabgesetzt. Facialis und Hypogloss. frei. Doppelseitige Schwerhörigkeit. Trotz Jodkali, Quecksilber und galvanischer Behandlung fortschreitende Verschlimmerung und Abnahme der Sehschärfe des R. Auges, Exophthalmus. Ueber 1 Jahr nach Beginn des Leidens: Sämmtliche Augenmuskeln rechterseits fast komplet gelähmt, Ptosis, Pupille mittelweit, ohne Reaction, Stauungspapille. L. Auge normal. Anaesthesie des R. Trigeminus in allen Gebieten, Geschmacksperzeption vorn auf der R. Zungenhälfte ganz aufgehoben, hinten herabgesetzt. Geruchssinn beiderseits normal. Kaumuskeln rechts total gelähmt und atrophisch. R. Facialis und Hypoglossus intakt. Gaumensegel rechts paretisch. Sensibilität der Cornea und Conjunctiva hochgradig herabgesetzt.

Es handelt sich hier unzweifelhaft um einen krankhaften Prozess in der vorderen Hälfte der R. mittleren Schädelgrube, der den N. trigeminus, die 3 Augenmuskelnerven und zuletzt den N. opticus ergriffen hat. Aus den Thatsachen, dass 1. der Geschmack im Bereiche der Chordafasern erloschen, 2. der N. facialis vollkommen intakt ist, und

3. der N. trigeminus eine Läsion zeigt, die ihren Sitz nur an der Schädelbasis haben kann — schliesst E., dass die Läsion des Trigeminus auch die gleichzeitige Geschmacksstörung verursacht hat, d. h. „dass die Geschmacksfasern der Chorda an der Schädelbasis im Stamme des Trigeminus liegen."

Der gegen diesen Satz mögliche Einwand, dass durch das (von früher her) bestehende beiderseitige Mittelohrleiden die Chorda tymp. auf ihrem Wege durch die Paukenhöhle lädirt sein könnte, hat gegenüber der grossen Seltenheit von Geschmacksstörung bei derartigen oberflächlichen Mittelohraffectionen und bei der Einseitigkeit derselben im vorliegenden Falle keine Bedeutung.

In einem Nachtrag fügt Verf. diesem Falle noch 2 andere hinzu: Im ersten handelt es sich um eine wahrscheinlich basal bedingte Anaesthesie des linken Trigeminus mit Herabsetzung des Geschmacks bei ganz normalem Facialis, während das Gehörorgan völlig intakt, also die Möglichkeit einer anderweitigen Chordaläsion ausgeschlossen war.

2. Fall: Rechtsseitige Oculomotorius- und Abducens - Lähmung. Facialis intakt. Im Gebiet des 3. Trigeminus-Astes rechts Anaesthesie, Paralyse der R. Kaumuskeln; Geschmack auf der R. Zungenhälfte vollständig erhalten: ebenso die Sensibilität im Gebiet des 1. und 2 Trigeminus-Astes. Unter Jodkaligebrauch nach 3 Wochen erhebliche Besserung. Der Fall spricht dafür „dass die Geschmacksfasern der Chorda nicht im 3. Trigeminus-Ast liegen, sondern — wie auch von den Meisten angenommen wird — im zweiten Ast zum Gehirn verlaufen."

Ein weiterer Nachtrag liefert den Sektionsbefund des ersten der 3 Fälle: In der rechten mittleren Schädelgrube ein chronisch-entzündlicher Prozess, der Periost, Dura und Pia mit den eingelagerten Nerven in sich begreift. Erweichungsherd im vorderen unteren Theil des R. Schläfelappens. Keine specifisch luetische Producte. Der Trigeminus war also sicher an der Schädelbasis erkrankt.

Stintzing (München).

---

114. **Dr. Kersch** (Reg.-Arzt in Prag), **Ueber Veränderung der Körpertemperatur durch den Menstruationsprocess.** (Memorabil Jahrg. 27. Heft 2.)

Bei 13 weiblichen Individuen von mittleren Jahren und ohne wesentliche Krankheiten speciell der Geschlechtsorgane, stellte Verf. zunächst in der Zeit zwischen den Menstruationen durch genaue Messungen, jedesmal am Morgen, die Normal-Temperatur fest, welche bei den einzelnen zwischen 36,0 und 37,2 schwankte. Während der Menstruation, besonders am ersten Tage, war dieselbe meist um 1 Grad und darüber erhöht. Die Messungs-Ergebnisse sind in einer Tabelle zusammen gestellt. Aus ihr „ist ersichtlich, dass der Ovulationsprocess mit Temperatursteigerung auftritt und einhergeht".

Bartold.

115. **Mathelin, Hydrocéphale chronique consécutive à une attaque de méningite aigue; emploi des courants continus.** Chronischer Hydrocephalus nach acuter Meningitis. Anwendung constanter Ströme. (L'Un. méd. No. 48 u. 49.)

Ein, abgesehen von defecter Zahnbildung kräftig entwickeltes Kind gesunder Eltern erkrankte in seinem 5. Jahre an Masern. Seitdem blieb es kränkelnd. Im 6. Jahre entwickelte sich ein heftiger Anfall von acuter Meningitis, welcher gegen M's. Erwarten nicht letal endigte. Dann verlor M. das Kind 4 Monate hindurch aus den Augen. Als er es nach dieser Zeit wiedersah, konnte er die exquisitesten Symptome eines chronischen Hydrocephalus constatiren. (Grosser Kopf, der Schläfendurchmesser hat eine Grösse von ca. 20 cm; vollständige Erblindung, Nystagmus, Lähmungen und Contracturen in verschiedenen Muskelgruppen, epileptoide Anfälle, stark aufgetriebener Leib, krampfartiger Husten, unstillbares Erbrechen. Sprache, Gehör und Intelligenz intact). Da die verschiedensten Mittel (Antispasmodica, Drastica, Brom und Jodkali etc.) ohne Spur von Erfolg bereits angewandt waren, versuchte M. die Electricität und zwar in der Form des constanten Stroms von sehr geringer Stärke und Dichtigkeit, die kleine Anode an die rechte oder linke Schläfe oder in den Nacken, die 3mal so grosse Katode an den rechten oder linken Fuss. M. liess diesen Strom durch eine geübte Wärterin bis zu 6 Stunden täglich appliciren. Um die trotz der geringen Stärke auftretende Reizung an den Applicationsstellen zu verhindern, bedeckte er die Electrode mit feuchtem Feuerschwamm. Der Erfolg war bereits nach der ersten Sitzung ein durchschlagender, indem das Erbrechen und die epileptiformen Anfälle vollständig cessirten. Das Kind erholte sich sichtlich, nach Verlauf eines Monats, während welcher Zeit die Etectricität täglich in der beschriebenen Weise angewandt wurde, traten indess die erwähnten Anfälle von neuem ein und in einem derselben erfolgte der Tod. Die Autopsie wurde nicht gemacht.

M. schliesst aus den Symptomen, dass die durch den Erguss verursachte Compression besonders die Vierhügel und den Boden des vierten Ventrikels betroffen habe, nicht dagegen die Hemisphären des Grosshirns. Er macht auf die Seltenheit dieser Entstehungsweise des chronischen Hydrocephalus aufmerksam, und meint, dass die, wenn auch nur vorübergehende günstige Wirkung des constanten Stroms zu weiteren Versuchen in dieser Richtung auffordere.

Brockhaus (Godesberg.)

---

116. **Dr. Bauer** (Mörs), **Ein Fall von Meningitis tuberculosa, geheilt durch Jodoform.** (Deutsche Med. Wochenschr. 1882, Nr. 18.)

Ein 5 Jahre altes Mädchen bot folgende Erscheinungen: hochgradige Lichtscheu, Aufschreien im Schlaf, Einziehung des Leibes,

den Herzbeutel frei, in Letzterem geringe Menge klarer Flüssigkeit. Linker Ventrikel hypertrophirt, seine Wände bis zu 1½ cm dick. Papillarmuskeln hypertrophirt, Endocardium opak. Die Aortenklappen sind insufficient, stark verdickt und gerunzelt, besonders an der Insertionsstelle, wo sich förmliche Wülste gebildet haben, so dass ein Anlegen der Klappen an die Aortenwand unmöglich ist. Auf einer Klappe kleine, frische warzenförmige Wucherungen. Aorta ascendens verdickt, stellenweise Spuren fettiger Entartung der Intima. Die beiden Klappen der Mitralis verdickt und sclerosirt, bedeckt mit frischen Wucherungen. Rechter Ventrikel dilatirt. Keine Communication zwischen den beiden Herzhälften. Muskatnussleber mässigen Grades. Auf Magen und Darmschleimhaut capillare Haemorrhagien. Unter der Kapsel der etwas vergrösserten Milz ältere haemorrhagische Infarcte von Hirsekorngrösse. Die mikroskopische Untersuchung der Herzmuskulatur ergibt theilweise fettige Entartung.

Der Fall ist nach Verf. beweisend, dass die Hauptbedingung für das Zustandekommen der Cyanose in der Blutstauung zu suchen ist. Es war im vorliegenden Fall weder die Möglichkeit einer Vermischung von venösem und arteriellem Blute, noch Grund für ungenügende Sauerstoffzufuhr in den Lungen vorhanden. Der Kranke hatte nie über Athemnoth geklagt und die Lungen zeigten sich bei der Autopsie völlig gesund. Die Cyanose tritt ein, sobald bei Herzfehlern die compensatorische Hypertrophie und Dilatation der Ventrikel unzureichend wird, und das Blut sich in den kleinen Gefässen der Peripherie staut. Bezüglich dieser Compensation tritt G. der Ansicht von Weil und Bozzolo bei, dass dieselbe immer zuerst in der Herzhälfte eintritt, in welcher Insufficienz der Klappen besteht, dass also bei Mitralisinsufficienz zunächst excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels sich ausbildet. Dass trotz der hochgradigen Stase im vorliegenden Falle keine Oedeme zu Stande kommen, kann nach Verf. als Beweis dafür angesehen werden, dass „bis zu einem gewissen Punkte die Transsudationen aus dem Blute unabhängig sind von dem Druck und der Geschwindigkeit des Blutstroms, das die Stase an sich nicht genügt, um die Transsudation von Serum hervorzurufen, dass vielmehr dazu eine Veränderung der Gefässwände nöthig ist, die bestehen kann entweder in einer einfachen vasomotorischen Paralyse oder in irgend einem andern Krankheitsprocess, durch welche die Gefässwandung die Fähigkeit erlangt, Serum durchfiltriren zu lassen."

Zur weiteren Stütze seiner Ansicht über die Entstehungsursache der Cyanose stellt G. schliesslich eine Reihe einschlägiger Beobachtungen aus der Litteratur zusammen, u. A. die von Cappi (s. dies Centralbl. II. Jahrgang S. 261). Dieselben zeigen, dass hochgradige Cyanose vorhanden sein kann, ohne Vermischung von venösem arteriellem Blut, sowie dass sie trotz Letzterer fehlen kann.

Brockhaus (Godesberg).

---

118. **Ebstein, Ueber die Trichterbrust.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XXX. V. VI.)

Mit dem Namen „Trichterbrust“ bezeichnet E. eine bisher als „seltene Missbildung des Thorax“ (Eggel, Flesch, Haymann, Wiener med. Blätter, Gaz. d. hôpit.) beschriebene abnorme Thoraxform, bei der an der medialen Partie der vorderen Brustwand und des obersten Theiles der vorderen Bauchwand eine trichterförmige Vertiefung sich findet, so dass es den Anschein hat, als ob die tiefste Stelle derselben bis dicht an die Wirbelsäule reichte. Es ist der Brustkasten in einem der Vogelbrust entgegengesetzten Sinne verändert.

Bei einem von E. beobachteten derartigen Fall (25jähr. Schneider) erreichte die trichterförmige Vertiefung ihre grösste Tiefe entsprechend dem scrobiculo cordis, hat an der vorderen Wand eine Breite von 17,2 cm, während der Längsdurchmesser um ein Viertel länger ist, die grösste Tiefe der Einsenkung misst 7,2 cm.

Der Querdurchmesser des Thorax beträgt in der Höhe der Brustwarzen 30 cm. Nur die Lendenwirbelsäule zeigt Verkrümmung nach rechts.

Das Gemeinsame der bisher beschriebenen Beobachtungen besteht darin, dass dieselben nur männliche Individuen betrafen und dass im Gegensatz zu der Verkürzung des geraden Durchmessers der Querdurchmesser des Thorax stärker entwickelt war. Bei dem Fall von Haymann (9jähriger Knabe) war die Länge des Sternums auffallend gering, nicht grösser als in der ersten Woche des Lebens, wie eine beiliegende vergleichende Tabelle ergibt.

Grade dieser Fall würde für das Verständniss des Zustandekommens dieser Missbildung geeignet erscheinen, wenn man annehmen dürfte, dass bei der Entstehung der Trichterbrust ein verspätetes, zu langsam fortschreitendes Wachsthum des Brustbeins stattfindet; falls diese Annahme richtig ist, so zeigt auch in diesen Fällen das Sternum die Neigung, ungewöhnlich lange Zeit in einer zu weit zurückgesunkenen Stellung zu verharren. Als Compensation für die beschränkte Entwicklung des Sternovertebraldurchmessers zeigt sich dann der Querdurchmesser stärker ausgebildet. Ob die für das Zustandekommen derartiger Depressionen nöthige Weichheit und Nachgiebigkeit der betr. Theile in einer rhachitischen Erkrankung derselben beruht, kann nicht absolut bejaht werden, da keiner der beobachteten Fälle früher erweislich an Rhachictis gelitten hat.

Ob die Ansicht Zuckerkandl's, dass ein Druck des fötalen Unterkiefers auf das Sternum oder nach Hagemann der Druck der Fersen auf das Brustbein die Missbildung begünstige, richtig ist, lässt sich nicht mit Sicherheit entscheiden, zumal bei 2 Fällen die Difformität erst im 2. beziehungsweise 7. Lebensjahre begonnen haben soll.

Soweit die Erfahrungen bis jetzt reichen, hat die Trichterbrust keine nachtheiligen Folgen für die Gesundheit der betreffenden Individuen gehabt.

Zum Schlusse wird noch ein Fall angeführt (62jähriger Mann), bei dem die grösste Tiefe der Einsenkung nur 4 cm, die Erhöhung des Querdurchmessers 4 cm betrug.

Seifert (Würzburg).

119. **Dujardin-Beaumetz, Sur un cas de rétrécissement fibreux du pylore.** Ueber einen Fall von fibröser Verengerung des Pylorus. (L'Un. méd. No. 60.)

Eine Frau von 27 Jahren hatte vor 6 Jahren einen Esslöffel käuflicher Schwefelsäure verschluckt. Unmittelbar darauf war unter heftigen Schmerzen Erbrechen von blutigen, nachher mit membranösen Fetzen gemischten Massen eingetreten. Dies Erbrechen bestand dann in geringerer Intensität ein halbes Jahr fort; die Kranke magerte sehr ab und konnte nur flüssige Nahrungsmittel geniessen. Dann fühlte sie sich, 5 Jahre hindurch, abgesehen von öfters eintretenden Verdauungsstörungen und continuirlichem sauerem Aufstossen ganz wohl. Nach dieser Zeit wieder Erbrechen aller genossenen Speisen und rapider Kräfteverfall. Bei der Aufnahme ins Hospital wurde eine enorme Ektasie des Magens constatirt. Von Zeit zu Zeit konnte man durch die Bauchdecken Contractionen desselben bemerken, die genau den Eindruck von Uteruscontractionen bei Beginn der Geburt machten. Da trotz öfterer Ausspülungen des Magens mit nachheriger Einführung von in Eis gekühlter Milch das Erbrechen fortbestand, wurde zur Ernährung per Rectum geschritten. Trotzdem Fortschreiten der Prostration, nach 14 Tagen Exitus. Von einer Operation wurde der hochgradigen Entkräftung wegen Abstand genommen, obschon dieselbe Aussicht auf dauernde Heilung gegeben hätte, da eine maligne Neubildung ausgeschlossen werden konnte. Bei der Autopsie fand sich keine Narbenbildung im Oesophagus und auf der Magenschleimhaut, aber hochgradige Verdickung der Muskelschicht durch Einlagerung fibrösen Gewebes, wie die mikroskopische Untersuchung ergab. Der Pylorus durch fibröse Wucheruugen und narbige Contractur so verengert, dass ein Rabenfederkiel nur mit Anstrengung durchgeschoben werden konnte.

Brockhaus (Godesberg.)

120. **Prof. Semmola** (Neapel), **Neuere experimentelle Untersuchungen zur Begründung des haematogenen Ursprungs der Bright'schen Albuminurie.** (Allg. Wiener med. Zeitung. XXVII. Jahrg. No. 3.)

Verf. berichtet, dass er auf Grund seiner neueren Untersuchungen die früher von ihm gewonnenen und veröffentlichten Ansichten über die Ursachen und die Entstehung der Bright'schen Albuminurie bestätigt gefunden habe. Danach ist „die fundamentale Thatsache der Bright'schen Albuminurie diese, dass bei ihr das Eiweiss des Blutes in Folge von Unterdrückung der Haut-Functionen eine chemisch-moleculare Veränderung thatsächlich erfährt, in Folge welcher das Eiweiss,

das weder assimilirt noch verbrannt werden kann, als fremde Substanz nothwendig aus dem Körper geschafft werden muss".

Es fand sich nämlich, dass das aus dem Bright'schen Harn niedergeschlagene Eiweiss von demjenigen zweifellos verschieden ist, welches man aus einer von Herzerkrankung stammenden oder einer amyloiden Albuminurie niederschlägt. Wenn auch dieser Unterschied keine strenge wissenschaftliche Demonstration zulässt, so kann man trotzdem eine eigenthümliche Veränderung des Blut-Albumins nicht läugnen. Sicherer wird letztere offenbar durch die wirklich nachweisbare Verschiedenheit ihrer unmittelbaren Diffusion im Blutserum selbst (nicht nach ihrem Austritt aus dem Harn). Während nämlich das Blut-Eiweiss der Br. Albuminurie, je nach der Schwere der Erkrankung mehr oder minder vollständig ausgeschieden wird, diffundiren im normalen Zustande oder in dem Blute anderer, nicht Bright'scher Albuminurien, die Eiweiss-Substanzen gar nicht oder manchmal in einer sehr geringen Menge, welche in keinem Verhältniss zu dem durch den Harn ausgeschiedenen Eiweiss steht. Das Bright'sche Eiweiss hat eben eine pathologische Diffusions-Eigenschaft.

Dass diese chemisch-molecularen Eiweiss-Veränderungen das primäre und die anatomischen Veränderungen der Niere etc. das secundäre, sieht Verf. ferner darin bestätigt, dass bei wirklicher Br. Albuminurie sich auch in der Galle, in dem durch Pilocarpin erzeugten Schweiss und im Speichel, durch Erhitzen oder Salpetersäure fällbares Eiweiss vorfand, wie es ebenda bei anderen nicht haematogenen Albuminurien nicht nachgewiesen werden konnte. Die sich an die Bluteiweiss-Veränderungen anschliessende Nephritis ist vielmehr anzusehen als „die Folge 1. von der durch Unterdrückung des Hautkreislaufs entstehenden Nieren-Hyperaemie, 2. von der reizenden Wirkung dieser Hyperaemie durch die im Blut angehäuften Hautausscheidungs-Producte und in Folge dessen von dem dyscrasischen Zustand des Blutes selbst, 3. nach den unaufhörlichen functionellen Anstrengungen, welchen sich die Nieren unterziehen müssen, um den Körper von dem unbrauchbar und durchgängig gewordenen Eiweiss zu befreien".

Verf. ist auf Grund seiner Untersuchungen demnach der Ansicht, dass die Bright'sche Albuminurie aus der Gruppe der Nieren-Erkrankungen zu streichen ist, sie bildet vielmehr „einen constanten klinischen Typus" und „alle jene exclusiven histologischen Localisirungen, welche man als besondere Formen der Bright'schen Erkrankung hat aufstellen wollen, existiren nicht als abgesondert; es kann nur in einigen angegriffenen Elementen ein stärkeres Vorherrschen derselben, als in anderen, vorhanden sein".

Bartold.

121. **Boegehold E., Zur Behandlung des Blasenkatarrhs.** (Deutsche Wochenschrift. 1882, Nr. 3.)

Nach dem Vorgang von Edlefsen hat B. das Kali chloricum bei Blasenkatarrhen innerlich öfters und mit gutem Erfolg angewandt. Da jedoch eine Anzahl von Fällen, hauptsächlich chronische Katarrhe, dem Mittel hartnäckig widerstanden, spritzte B. das Kali chloricum in die Blase ein, und erhielt ganz ausgezeichnete Erfolge. Verf. erklärt diese durch adstringirende, gefässcontrahirende, umstimmende Wirkung des Kali chloricum. Die Einspritzungen wurden täglich oder einen Tag um den andern in einer Concentration der Lösung von (30,0) 1000,0 gemacht.

Dr. Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

122. **Dr. E. Bickel** (Wiesbaden), **Zur Behandlung des Keuchhustens.** (Berliner klin. Wochenschrift. 1882. No 21.)

Verf. gelang es durch ausschliessliche Chininbehandlung beim Keuchhusten das stadium spasmodicum auf die Dauer von 3—4 Wochen zu beschränken, und zwar nahm auch die Intensität der Anfälle während dieser Zeit ab. Complicationen wie Folgekrankheiten scheinen bei der Chininbehandlung seltener aufzutreten. Verf. wandte das salzsaure Chinin je nach dem Alter des Kindes bis zu 0,5 gr pro die an. Die Chininbehandlung erfordert consequente Durchführung. Verf. meint, dass das Chininum amorphum tannicum bei seinem kaum merkbaren Geschmack und bei seinem geringen Preis zu empfehlen sei; doppelt so viel Decigramm als das Alter des Kindes beträgt, sind nach Binz erforderlich und werden gut vertragen. Verf. hat sich darüber noch kein vollständiges Urtheil bilden können.

Kohts (Strassburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 13. Juni. Nro. 10.

123. **Dr. Fr. Keesbacher, Ueber den sogenannten epidemischen Friesel (Morbus miliaris).** Vortrag. (Memorabilien XXVII. Jahrg. 3. Heft.)

Im Juni und Juli 1873, beobachtete Verf. im Bezirke Adelsberg (Oesterreich) eine Epidemie von einer Erkrankung, welche der als Sudor anglicus, Suette miliaire, Schweissfieber beschriebenen Krankheitsform vollkommen glich. Es wurden im Ganzen in 45 Ortschaften mit 14134 Einwohnern 672 Leute ergriffen, 620 genasen, 36 starben und 16 blieben am 24. August noch in Behandlung, die Mortalität betrug 5,3 %.

Der Krankheitsverlauf war folgender:

Nach 1—2 tägigem Unwohlsein und Schwächegefühl tritt Frost ein mit nachfolgender Hitze, Brennen in der Magengrube, Herz-Palpitationen, innere Angst. Sodann beginnt ein äusserst penetrant und sauer riechender Schweiss mit Ausbruch von Bläschen im Gefolge,

welche auf rothem Hautgrunde mit wässriger, nicht vereiternder Flüssigkeit gefüllt, und am Rumpf und den oberen Extremitäten vorwiegend sind. Dann und wann Herpes labialis. 4—5 Tage nach Aufhören des Schweisses verschwindet der Ausschlag unter Abschilferung der Haut. Die Patienten sind sehr angegriffen und anämisch. Bei tödtlichem Ausgang tritt Somnolenz, denn Sopor ein, der Puls wird langsamer und schwach, exitus unter Convulsionen. Andere Symptome waren: Apathischer Gesichtsausdruck, heisses, geröthetes Gesicht, Zunge feucht, belegt, starker Durst, Appetit selten ganz fehlend. An Lungen und Herz, sowie an Leber und Milz war keine Veränderung nachzuweisen. Harn spärlich, Stuhl verhalten. Bei 2 Obductionen fand sich keine wesentliche Organerkrankung, nur allgemeine Blutarmuth und Anschwellung der Mesenterialdrüsen. Eine Verwechslung mit Rückfall-Fieber und Typhus schien ausgeschlossen zu sein. Bei einigen Fällen fehlte der Ausschlag auf der Haut, während im Uebrigen die Symptome dieselben waren, wie in den anderen Fällen.

Hebra hat bekanntlich das Vorkommen des epidemischen Friesels geläugnet, indem er denselben nicht als selbstständige Krankheitsform, sondern als das Symptom eines versteckten anderen z. B. typhösen Leidens ansah. Auch Verf. stimmt ihm in sofern bei, als auch er das Auftreten der Miliaria nur als Producte des Schweisses ansieht; die dem Schweissausbruch zu Grunde liegenden Ursachen sind die eigentliche Krankheit, für welche er die Bezeichnung französischer Aerzte „Hautcholera“ am zutreffendsten hält. Ansteckung konnte nicht nachgewiesen werden. Die Ursache des Entstehens dieser Krankheit sieht Verf. in dem zu jener Zeit sehr hohen Grundwasserstande. Die Folge davon war, dass die sich den Einflüssen solchen Bodens vorwiegend aussetzende Menschenklasse mittleren Alters, vor Allem die vorzugsweise in Feldarbeiten verwandten Weiber, stärker von der Krankheit befallen wurden, als die im Schutze des Hauses zurückbleibenden Kinder und älteren Leute.

Bartold.

---

124. Dr. Adolf Strümpell, Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der epidemischen Cerebrospinal-Meningitis. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXX, H. 5 und 6, S. 500—533.)

S. berichtet über seine Beobachtungen an 32 (auf Wagner's Klinik in den Jahren 1879—81 vorgekommenen) Fällen von epidemischer Cerebrospinal-Meningitis. Die Erkrankten gehörten meist dem Alter von 10—30 Jahren an; das jüngste Alter war 4½ Monate, das höchste 52 und 66 Jahre. Der Verlauf verhielt sich im Allgemeinen wie bei früheren Beobachtungen. Es kamen Fälle mit raschem Verlauf zur Behandlung, in welchen die schweren Erscheinungen 5—10 Tage anhielten, ferner solche welche mit plötzlichen schweren Erscheinungen

anfingen, dann aber auffallend rasch sich besserten. Für diese schlägt Verf. den Namen „Meningitis cerebrospinalis abortiva“ vor und im Gegensatz dazu nennt er „Meningit. cer. spin. levis“ diejenige Form, welche von vorneherein leicht verläuft. Für die abortive Form wird als Beispiel ein Fall angeführt, in welchem anfangs (4—5 Tage) sehr schwere meningitische Symptome und hohes Fieber (40,9) bestand, dann aber rasche völlige Besserung folgte. Daran schliessen sich die mehr protrahirten Fälle mit einer Krankheitsdauer von 4—6 Wochen und mehr. Der Anfang ist bald ein stürmischer, bald ein allmählicher, der Charakter dieser Form ein intermittirender, der Ausgang war entweder vollständige Genesung, oder es erfolgte noch spät, unter zunehmendem Marasmus, bisweilen auch plötzlich nach scheinbar günstigem Verlauf, der Tod. Die Intermissionen folgen meist in kurzen Zeiträumen auf einander, selten nach länger dauerndem Zurücktreten aller Symptome in Gestalt eines echten Recidivs.

Bezüglich des Verhaltens der Körpertemperatur ist hervorzuheben, dass „im Allgemeinen zwischen der Höhe des Fiebers und der Schwere der sonstigen Krankheitserscheinungen durchaus keine Uebereinstimmung zu bestehen braucht.“ Für solche Fälle, in welchen in dieser Beziehung ein Missverhältniss stattfindet, liegt es nahe, den Mangel des Fiebers auf eine direkte Beeinflussung der Centralapparate zur Regulirung der Körpertemperatur zu beziehen. Eine ziemlich grosse Anzahl von Fällen verläuft unter einem mässigen remittirenden Fieber; in manchen Fällen kann es jedoch einen ausgesprochen intermittirenden Charakter annehmen. In letzterem Falle wechselt auch die Intensität der sonstigen Krankheitserscheinungen, jedoch nicht immer mit den Temperaturschwankungen übereinstimmend. In den Abortivfällen erfolgt die Entfieberung meist in Form eines kritischen Abfalles. Am Ende der letal verlaufenden Fälle wird nicht selten eine excessive Temperatursteigerung (bis 43 °) beobachtet (in Folge von Lähmung der wärmeregulatorischen Centren). Postmortale Steigerungen hat S. nicht beobachtet.

Weiterhin folgt eine Besprechung einzelner Symptome der Krankheit. Bezüglich der cerebralen Symptome ist der von Tag zu Tag, ja von Stunde zu Stunde erfolgende Wechsel in ihrer Intensität hervorzuheben: starke Benommenheit wechselt mit relativ freiem Sensorium, intensiver Kopfschmerz mit Schmerzlosigkeit, ausgesprochene Nackenstarre mit relativ leichter Beweglichkeit des Kopfes; der Puls zeigt Differenzen von 20—30 Schlägen in der Minute. Auch leichtere Grade von cerebralen Lokalsymptomen sind häufig zu finden, vor Allem Innervationsstörungen der Augenmuskeln (Myosis oder Erweiterung der Pupillen, Nystagmus, Koordinationsstörungen und Paresen der Augenmuskeln, Ptosis), ferner Kontrakturen, selten Parese im Facialisgebiet; in 3 Fällen wurde Trismus beobachtet. 3 mal ferner Neuritis optica, häufig Abnahme der Gehörschärfe bei normalem Trommelfell, einige Mal Störungen des Geruches. — Von nervösen Störungen in den Extremitäten beobachtet man ausser der häufigen Hauthyperaesthesie nicht selten kleine Zuckungen, Konvulsionen nur vereinzelt als terminales Symptom. Nur in einem Fall, der ausführlich mitgetheilt wird, bestand eine ausgesprochene Lähmung der Unterextremitäten

und traten die cerebralen Symptome bald gegen die spinalen zurück. Dyspnoe und Cyanose, die hier vorübergehend auftraten, deuteten auf eine Beeinflussung der Respirations- und Bauchmuskeln, das Verschwinden der Sehnenreflexe auf eine Störung der hinteren Wurzeln, während zur Erklärung der fast kompleten motorischen Paraplegie der Beine die Meningitis allein nicht ausreichte, vielmehr eine stärkere Betheiligung des RM. selbst an dem anatomischen Prozess angenommen werden musste. Das Verhalten der Reflexe zeigte keine Regelmässigkeit. Vollständiges Verschwinden der Sehnenreflexe und Wiederkehr derselben nach eintretender Besserung wurde ausser in dem eben erwähnten Fall noch 2 mal beobachtet. Sonst trat 1 mal Ikterus, 2 mal dysenterischer Durchfall, wiederholt Albuminurie mit hyalinen Cylindern auf. In mehreren Fällen war die Meningitis mit multiplen Gelenksschwellungen (akutem Gelenkrheumatismus) komplicirt, wobei die Salicylsäure von günstiger Wirkung befunden wurde. In manchen Fällen mit wenig ausgeprägten meningitischen Erscheinungen war es schwer zu entscheiden, ob man es mit sekundären Gelenkschwellungen oder mit einem echten akuten Gelenkrheumatismus zu thun hatte.

Bei dieser Gelegenheit berührt Verf. die Beeinflussung anderer Krankheiten durch eine Meningitis-Epidemie, die er selbst beobachtet zu haben glaubt: z. B. meningitische Symptome bei zweifellosem Gelenkrheumatismus, sowie bei Typhus abdom., Vorkommen von Herpes bei traumatischer und tuberkulöser Meningitis. Freilich wird zur Zeit einer herrschenden Epidemie die Werthschätzung „meningitischer“ Symptome erheblich gesteigert, so dass ein sicheres Urtheil über eine wirkliche Beeinflussung anderer akuter Krankheiten durch den „genius epidemicus“ äusserst schwierig zu gewinnen ist. Es kann sich übrigens in solchen Krankheitsfällen um Doppelinfektionen, um eine gleichzeitige Invasion zweier Schädlichkeiten in den Körper handeln. Für diese Annahme sprechen die von Immermann und Heller beobachteten Fälle von mit Meningitis komplicirter Pneumonie. Bezüglich der mit multiplen Gelenkschwellungen verbundenen Meningitis glaubt S., dass die ersteren unmittelbar zur letzteren gehören und wahrscheinlich durch eine besondere Lokalisation des Krankheitsgiftes, nicht durch trophische Störungen mit centraler Ursache bedingt wird. — Die alte Lehre von dem Einflusse des Genius epidemicus bedarf aber noch einer vorurtheilsfreien, womöglich statistischen Prüfung. Eine Erklärung für diese Lehre wird sich erst dann finden, wenn wir die Diagnosen nicht mehr nach Symptomen, sondern aus dem Nachweise der specifischen Krankheitsursachen stellen werden.

Pathologisch-Anatomisches. Erst die mikroskopische Untersuchung ergibt fast in allen Fällen eine Betheiligung der Centralorgane selbst. Es ist daher sowohl vom anatomischen wie vom klinischen Standpunkt gerechtfertigt, nicht nur von einer Meningitis, sondern von einer Meningo-Encephalitis und Meningo-Myelitis zu sprechen. Freilich ist fast durchgehends die eitrige Entzündung der weichen Häute der Ausgangspunkt. Dann kommt es unabhängig von dem Eintritt der Gefässe zu einer Randinfiltration des benachbarten Gewebes von geringer Ausdehnung; der Hauptweg aber für die Weiterverbreitung des Entzündungsweges sind die Gefässe, um welche sich

bis in's Innere der Centralorgane Rundzellen anhäufen, nicht selten auch kleine Blutungen etabliren. Von diesen kleinsten entzündlichen Herden findet ein kontinuirlicher Uebergang statt zu grösseren schon makroskopisch sichtbaren encephalitischen Herden, die sich wie Abscesse verhalten. Diese Veränderungen erstrecken sich über das ganze Gehirn. Im RM. hat S. grössere Herde nicht gefunden. Ausser direkter mechanischer Zerstörung des Nervengewebes an den Herden wird noch das Vorkommen von hypertrophischen Axencylindern im RM. erwähnt.

S.'s Beobachtungen machen auch das Vorkommen grösserer Abscessbildungen im Gehirn bei der epidemischen Meningitis sehr wahrscheinlich. Wenn es schon auffallen musste, dass zur Zeit der Epidemie binnen 6 Wochen 4 Fälle von Gehirnabscess zur Sektion kamen, so war in 3 von denselben, deren Krankengeschichte mitgetheilt wird, bei Lebzeiten die Diagnose auf epidem. Meningitis gestellt worden. Die letztere war in einem Falle zweifellos das Primäre, in den beiden anderen aber vielleicht eine Folge der Abscesse. Dennoch ist die Annahme einer aetiologischen Beziehung der Abscesse zu der epidemisch herrschenden Meningitis befriedigender als die eines „idiopathischen" Gehirnabscesses. In einem 4. Fall fand sich der ganze rechte Schläfelappen in eine grosse Abscesshöhle verwandelt, aber keine Meningitis. Jedoch war die Möglichkeit nicht auszuschliessen, dass im Anfang der Krankheit, wo der Pat. nicht beobachtet worden, Meningitis bestanden hat; und es ist zu vermuthen, dass auch in diesem Falle das inficirende Agens in dem Gifte der epidem. Meningitis zu suchen war. Es scheint in den mit Gehirnabscessen kombinirten Fällen von Meningitis eine ungewöhnliche Lokalisation des meningitischen Giftes stattgefunden zu haben in der Weise, dass es seine Hauptwirksamkeit im Gehirn selbst entfaltete und die Meningen mehr verschonte. Auch 2 andere zur Zeit der Epidemie beobachtete Fälle von Gehirnabscess (der eine mit geringer sekundärer Meningitis, der andere idiopathisch) möchte S. als ungewöhnliche Lokalisationen der epidemisch herrschenden Meningitis auffassen. Ueberhaupt werde man künftighin bei allen sog. idiopathischen Gehirnabscessen an die Möglichkeit dieses aetiologischen Zusammenhanges denken müssen.

Stintzing (München).

---

125. **Charcot, Sur l'atrophie musculaire qui succède à certaines lésions articulaires.** Ueber die im Anschluss an bestimmte Gelenkaffektionen auftretende Muskelatrophie. (Progr. médic. 1882. N. N. 20 und 21.)

B. 23 Jahre alt, hat sich vor einem Jahre beim Springen am rechten Bein gestossen; es trat eine geringe Schwellung desselben ein, welche nur wenig schmerzhaft war und ohne Fieber verlief. Im Ge-

gensatz dazu war der Gang des Patienten sehr behindert und blieb es bis jetzt. Die Untersuchung ergibt Parese und Atrophie des musc. extensor cruris quadriceps; der Umfang am oberen Theile des Oberschenkels beträgt rechts 48, links 52 cm. Die elektrische Erregbarkeit des Muskels ist bedeutend herabgesetzt, nicht qualitativ verändert. Irgendwelche andere Störungen sind nicht vorhanden; das Kniegelenk ist frei. Die ausführlichen Details der Beschreibung und Untersuchung sind im Original nachzusehen.

Es ist durch zahlreiche ähnliche Beobachtungen sowie auch durch experimentelle Untersuchungen festgestellt, dass spontane oder traumatische Affektionen der Gelenke häufig eine Lähmung und einfache Atrophie (nicht Degeneration) der entsprechenden, oder wenigstens hauptsächlich der entsprechenden, Extensorenmuskeln nach sich ziehen. Wenn diese Folgezustände auch meistens nach heftigen Gelenkleiden eintreten, so können dieselben sich doch auch, wie in dem vorliegenden Falle, nach ganz leichten Affektionen einstellen. „Es gibt keine nothwendige Beziehung zwischen der Intensität der Gelenkaffektionen und derjenigen der paralytischen und atrophischen Erscheinungen.“ Dieser Umstand ist für die Prognose der Gelenkaffektionen von grosser Wichtigkeit.

In Bezug auf die Entstehung der Lähmung und der Atrophie stimmt Ch. mit den meisten anderen Autoren in der Annahme überein, dass die gereizten Gelenknerven auf das spinale Centrum wirken, und von dort aus die Centren, von welchen die der Bewegung und der Ernährung vorstehenden Nerven ausgehen, in Mitleidenschaft gezogen werden. Zwischen den Zellen, aus welchen die centripetalen Gelenknerven ihren Ursprung nehmen, und den Zellen, welche die Nerven für die Bewegung und die Ernährung der betreffenden Extensorenmuskeln abgaben, besteht eine bestimmte Beziehung.

Die spinale Affektion ist keine tief greifende wie bei der Kinderlähmung (mit Entartungsreaktion). Es handelt sich vielmehr nur um „einen Zustand der Unthätigkeit, der Erstarrung“ der betr. Nervenzellen. Dieselbe weicht einer elektrischen Behandlung (elektrischer Funke, Galvanisation, Faradisation).

Die deuteropathischen Störungen, welche einer Gelenkaffektion folgen können, nehmen manchmal auch andere Formen an (Contraktur u. s. w.). Ch. wird dieselben zum Gegenstand einer besonderen Besprechung machen.

E. Bardenhewer.

---

126. H. Schmidt-Rimpler, Zur specifischen Reaction des Sehnerven auf mechanische Reize. (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882, Nr. 1.)

Im Gegensatz zu den Angaben der physiologischen Handbücher fand S., dass bei der Durchschneidung des Opticus, auch wenn er leitungsfähig ist, Lichtempfindungen nicht auftreten, welch negativer Befund

auch durch v. Rothmund in München und Szokalski bestätigt wird. Die ältern Beobachtungen erklärt S. aus einer mechanischen Reizung der Netzhaut, welche bei der Fixirung und Anspannung des Bulbus im Moment der Exstirpation unvermeidlich ist. Auch die subjectiven Lichterscheinungen bei starken Ein- und Auswärtsbewegungen des Auges lassen sich durch mechanische Reizung der Netzhaut erklären; die Sehnervenscheiden gehen rings um die Papille in die Sclera über; wenn nun die Scheiden durch schnelle Seitenbewegungen gezerrt werden, so setzt sich der Reiz zunächst auf den ringförmigen Abschnitt der Sclera, welcher den Sehnerveneintritt umgibt, fort, und weiter auf die anliegenden Netzhautelemente. Diese Erwägungen und eine von Landsberg veröffentlichte Beobachtung, bei welcher Lichterscheinungen bei Berührung eines freiliegenden Opticusstumpfes vollständig fehlten, veranlassten den Verf., die Reaction des Sehnerven gegen mechanische Reize einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Er benutzte dazu intelligente Pat., welchen vor nicht zu langer Zeit das Auge enucleirt worden war, und konnte in der That bei zwei der 6 geeigneten Personen durch Druck mit einem geknöpften Instrument auf den Opticusstumpf Lichterscheinungen an der Seite des enucleirten Auges hervorrufen. Dass nicht alle Geprüften auf Druck Lichtempfindungen angaben, lässt sich durch partielle Atrophie oder starke Reaction des Opticus erklären. S. hält seine Beobachtungen für durchaus beweiskräftig für die spez. Reaction des Sehnerven auf mechanische Reize.

Kopp.

---

127. **Prof. Dr. Carl Gussenbauer, Ueber Nervendehnung.** Vortrag in der Generalversammlung des Centralvereins der deutschen Aerzte in Böhmen am 16. Dez. 1881. (Prager Medic. Wochenschrift 1882, Nr. 1 u. 2.)

Nach einer historischen Einleitung, in welcher die bisherige Litteratur über Nervendehnung in grossen Umrissen Berücksichtigung findet, bespricht G. einige allgemeine Gesichtspunkte, welche die Mechanik der Nervendehnung und die davon abhängig gemachten Wirkungen betreffen. Was zunächst den mechanischen Effekt anlangt, so geht aus den Versuchen von Vogt u. A. hervor, dass das Gewebe der Nerven in geringem Grade elastisch ist, und dass eine Dehnung zunächst nur eine Verschiebung der Nervenstämme innerhalb ihrer Scheiden bewirkt. Wird die Elastizitätsgrenze durch den Zug nicht überschritten, so findet nur eine vorübergehende Längenzunahme Statt; erst bei Ueberschreitung des Gleichgewichtes zwischen der absoluten Festigkeit des Nerven und der Zugkraft, kommt es zu Kontinuitätstrennungen. Bei einer Nervendehnung am Menschen, die wie gewöhnlich mit grosser Kraft ausgeführt wird, handelt es sich nicht nur um eine durch Verschiebung des Nerven

[illegible] Läsion der Gewebe, insbesondere der [illegible] und um eine Aenderung der Elastizitätsverhält- [illegible] der Cohäsion einzelner Theile durch Ueberwindung [illegible]keit. Dafür sprechen auch die anatomischen Befunde, [illegible]logische Experiment und die Erfahrungen am Menschen. [illegible] einer Dehnung beobachtete Herabsetzung resp. Aufhebung [illegible] und Reflexerregbarkeit des Nerven können, da sie auch [illegible]ener Cirkulation eintreten, nur als direkte Folge der mecha- [illegible]nwirkung angesehen werden. Ebenso können in pathologischen [illegible] momentane Wiederherstellung der Sensibilität, das plötzliche [illegible]inden von Krämpfen und Schmerzen nicht durch Veränderungen [illegible]rkulation, bezw. der Ernährung, sondern nur durch eine direkte [illegible]rkung auf die Leitung in den Nerven erklärt werden.

Die Frage, ob die Wirkung der am Menschen vorgenommenen [illegible]endehnung auf den gedehnten Nerven beschränkt bleibt, oder ob [illegible] sich auf das RM. erstreckt, beantwortet G., gestützt auf eigene und [illegible]lotte's Versuche, dahin, dass sich die rein mechanische Wirkung [illegible] das RM., und wahrscheinlich sogar spurweise auf das Gehirn fort- pflanze. Damit im Einklang stehen auch die Resultate physiologischer Experimentaluntersuchungen verschiedener Autoren, sowie klinische Erfahrungen, welche beweisen, dass die Nervendehnung nicht nur peripher, sondern auch auf das Rückenmark in seinem ganzen Quer- und Längsschnitte einwirke.

Weiterhin bespricht Verf. die Operation selbst und die dabei anzuwendende Kraft, und geht dann zur wichtigsten aller Fragen, der nach dem therapeutischen Werthe der Operation über. Sie hat sich noch bei keiner Nervenaffektion als ein unfehlbares Mittel erwiesen. Die Anzahl der gänzlichen Misserfolge wird aber weit übertroffen von der Zahl der Heilungen und Besserungen. Unter 65 Fällen von Neuralgien wurden 38 geheilt, 14 gebessert, 12 erfolglos operirt. Unter 23 Reflexepilepsien, klonischen Krämpfen und nicht schmerzhaften Kontraktionen: 12 Heilungen, 9 Besserungen, 2 Misserfolge. Von 28 Fällen von Trismus und Tetanus wurden nur 8 geheilt. Unter 4 Anaesthesien und peripherischen motorischen Lähmungen 3 Erfolge. Günstige Erfolge wurden ferner erzielt in 30 Fällen von Lepra anaesthet. Die Nervendehnungen bei centralen RM.-Leiden (ca. 50) lassen noch am wenigsten ein sicheres Urtheil zu. Nach seinen eigenen Erfahrungen hält G. bei Tabes die Operation für angezeigt, wenn andere therapeutische Massnahmen fruchtlos geblieben sind und keine Kontraindikation von Seite lebenswichtiger Organe vorliegt. G. selbst hat in 6 Fällen von zweifelloser Tabes dors. die Nervendehnung vorgenommen, die noch ausführlicher veröffentlicht werden sollen. In einem derselben verschwanden die quälenden Schmerzen, wurde die Anaesthesie gehoben und die Motilität, namentlich die Gehfähigkeit gebessert, in anderen 4 Fällen wurden einzelne Symptome auffällig gebessert, in einem 6. Fall trat nur vorübergehende unwesentliche Besserung ein, und die Pat. starb an einer schon vorher bestehenden Pyelo-Cystitis. Auch bei einer Neuritis ascendens sowie 2mal bei Ischias erzielte G. Besserung. Diese Beobachtungen lehren, in Uebereinstimmung mit anderen Erfahrungen, „dass die Nervendehnung

als eine willkommene und häufig auch erfolgreiche Neuerung in der Behandlung der Nervenaffektionen anzusehen ist." Zum Schluss stellt Verf. Litteraturangaben zusammen.

Stintzing (München).

---

128. **Franz Riegel, Ueber den normalen und pathologischen Venenpuls.** (D. A. f. klin. Med. B. XXXI.)

Verf. lässt einer vor einiger Zeit veröffentlichten kurzen Mittheilung über das obige Thema jetzt eine ausführlichere Arbeit folgen. — Länger fortgesetzte Beobachtungen haben R. zu einer in vielen Beziehungen, von den bis jetzt geltenden Ansichten über Venenpulse, abweichenden Anschauung geführt. Nach einer eingehenden Zusammenstellung der Ansichten der Autoren über das vorliegende Thema wendet sich Verf. zur Mittheilung seiner eigenen Ergebnisse.

An Thieren kann man bei unversehrter Haut, sehr deutlich aber an der blossgelegten vena jugularis externa zweierlei Bewegungen erkennen, respiratorische (mit der Inspiration Abschwellung, mit der Exspiration Anschwellung des Venenrohrs) und der Herzaction isochrone. Letztere verschwinden auch nicht völlig, wenn man die Vene comprimirt, unterhalb der Compressionsstelle. Auch an der vena cava inferior konnte R. bei eröffneter rechter Thoraxhälfte deutlichen Venenpuls constatiren, die Angabe Mosso's: der Venenpuls entstehe in Folge des durch die Volumsschwankungen des Herzens schwankenden negativen Thoraxdrucks ist demnach nicht haltbar. Was das zeitliche Verhältniss des Venenpulses betrifft, so geht aus den R.'schen Manometerbeobachtungen mit Sicherheit hervor, dass der normale Jugularvenenpuls nicht auf einer herzsystolischen rückläufigen Welle beruhen kann; der normale Venenpuls ist vielmehr als ein negativer Puls aufzufassen.

Auch an ganz gesunden Menschen gelingt es, freilich nur in seltenen Fällen, an der Vena jugularis der Herzaction isochrone rhythmische Erschütterungen zu constatiren. R. hat in zahlreichen Fällen synchron gezeichnete Jugularvenen- und Carotispulsbilder aufgenommen. Diese Bilder ergeben, dass nicht, wie allgemein angenommen wird, die erste Zacke des anadicroten Schenkels der Vorhofssystole, die zweite zeitlich der Kammersystole entspricht, vielmehr, das katacrote Schenkel des Venenpulses dem anacroten des Arterienpulses i. e. der Herzsystole entspricht, dass also die Herzsystole (resp. Vorhofsdiastole) den Abfluss des Venenblutes in das rechte Herz befördert, die Diastole dagegen denselben erschwert. Zur Erklärung des Wellenthals im anacroten Schenkel des Venenpulses zieht R. die Vorgänge im Arteriensystem heran. Die Wahrscheinlichkeit der Annahme, dass die Erweiterung der Aorta im Beginn der dem Schlusse der Semilunarklappen entsprechenden positiven Klappenwelle eine Verengerung der Hohlvene und dementsprechend eine Anschwellung der vena jugu-

laris, die nun folgende Verengerung der Aorta eine Raumvergrösserung der vena cava und ein Abschwellen der jugularis bewirken, liegt gewiss nahe.

Bei der Betrachtung des pathologischen Venenpulses werden besonders die Venenpulse bei Tricuspidalinsufficienz in Erwägung gezogen. Vor Allem will Verf. die Unterschiede zwischen pathologischem und normalem Venenpuls präcisiren. Im Gegensatz zum Normalvenenpuls zeigt der Venenpuls der Tricuspidalklappeninsufficienz praesystolisch-systolische Venenerweiterung, diastolischen Venencollaps. Ueber einige andere Arten pathologischer Venenpulse muss auf das Original verwiesen werden.

Dr. Lachmann (Frankfurt a./M.).

---

129. **Duguet, Rétrécissement de l'orifice artériel pulmonaire, non suivi de phthisie chez une rhumatisante; hémiplégie faciale; nephrite parenchymateuse mortelle.** Verengerung des orificium art. pulmon. ohne nachfolgende Phthise nach Gelenkrheumatismus; halbseitige Gesichtslähmung; tödtliche parenchymatöse Nephritis. (L'Un. med. No. 58.)

Eine bis dahin gesunde 35jähr. Person erkrankte an polyarticulärem Gelenkrheumatismus. Nach der Genesung fortwährende Palpitationen ohne Cyanose und allmählich zunehmende Anaemie. Zwei Jahre später öftere Schwindelanfälle, linksseitige Facialisparalyse, subacute Nephritis. Bei ihrer Aufnahme ins Hospital comatöser Zustand, starke Prostration. Ueber der ganzen Herzgegend starkes frémissement cataire. Herzdämpfung nicht vergrössert. An der Herzspitze rauhes systolisches Geräusch; ein zweites lautes Geräusch besonders links vom Sternum, aber auch hinten links hörbar. Lungen gesund. Puls 120, klein. Urin spärlich mit viel Eiweiss. Kein Fieber. Tod im Koma 7 Tage nach der Aufnahme.

Bei der Autopsie fand sich: Excentrische Hypertrophie des rechten Ventrikels und Vorhofs. Die Tricuspidalklappen verdickt, glatt, das Ostium verengert. An Stelle der Pulmonalklappen ein häutiges Diaphragma, zwei verwachsene Klappen darstellend, in der Mitte eine knopflochförmige Oeffnung von 12 mm Breite. Von einer dritten Klappe ist nichts zu sehen. Das For. ovale geschlossen, jedoch die beiden, den Verschluss bildenden halbmondförmigen Falten nicht verwachsen, so dass man eine Sonde vom rechten in den linken Vorhof führen kann. Die Art. pulm. unmittelbar oberhalb des Ostiums ampullenartig erweitert, ihre Wände schlaff und verdünnt, sonst unverändert. Die Mitralisklappen verdickt, glänzend; mässige Stenose des betr. Ostium. Aortenklappen normal. Nirgends am Herzen Spuren frischer Entzün-

dung. Nieren vergrössert, Kapsel leicht abziehbar, Nierensubstanz auf dem Durchschnitt speckartig. Mässige Fettleber. Im Gehirn nichts Abnormes. Nach D. könnte es zweifelhaft sein, ob die Verengerung des Ost. art. pulm. angeboren oder erworben ist. Er hält letzteres für wahrscheinlich, da nie Cyanose, das gewöhnliche Symptom angeborener Herzfehler, bestand, die Verengerung sich auf das orificium beschränkte, gleichzeitig Stenose der Mitralis und Tricuspidalis vorhanden war und die Symptome einer Erkrankung des Herzens sich zuerst nach einem Gelenkrheumatismus bemerkbar machten. Für die Făcialisparalyse nimmt er einen rheumatischen Ursprung an. Bemerkenswerth ist das Fehlen jedes phthisischen Processes in den Lungen, während dieselben nach D. in der Mehrzahl der Fälle ähnliche Affectionen des Herzens zu compliciren pflegen.

Brockhaus (Godesberg).

---

130. **Duroziez, De la fréquence de la lésion aigue ou chronique de la tricuspide.** Ueber die Häufigkeit acuter und chronischer Erkrankungen der Tricuspidalis. (L'Un. méd. No. 65.)

D. hält Erkrankungen der Tricuspidalis für viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. Sie entwickeln sich im Verlauf derselben Krankheitsprocesse (Gelenkrheumatismus, Diphtherie), wie auch die Affectionen der Mitralis und es ist nach D. kein Grund für die Annahme, dass die Tricuspidalis meist später erkrankte als die Mitralis. Er ist geneigt, Geräusche, die im Bereich der rechten Herzhälfte gehört worden, auf Tricuspidalisfehler zu beziehen. Gewöhnlich wurde bei den Sectionen der Tricuspidalis zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, und leichte Verdickung, Knötchenbildung etc. übersehen. Um die Insufficienz der Tricuspidalis nachzuweisen, bedient er sich folgenden, wie er selbst zugibt, nicht unangreifbaren Verfahrens. Er öffnet den rechten Ventrikel und spült die in ihm befindlichen Gerinnsel mit Wasser aus. Dann öffnet er den rechten Vorhof, reinigt denselben ebenfalls von Gerinnseln und bewegt dann das Herz in einem hinreichend tiefen mit Wasser gefüllten Gefäss langsam auf und nieder. Dabei kann man dann beobachten, ob sich die Klappen vollständig aneinander legen oder nicht. Kleine, am freien Rande sitzende Verdickungen verhindern oft den vollkommenen Schluss durch Bildung kleiner Interstitien.

Zum Beweise seiner Behauptung von dem nicht seltenen Vorkommen von Tricuspidalerkrankungen führt er eine Reihe von Beispielen eigener und fremder Beobachtungen an, die im Original nachzusehen sind. Seine Schlussfolgerungen sind:

Die Tricuspidalis ist oft erkrankt, verdickt und in ihrer Gestalt verändert, weniger oft und weniger schwer als die Mitralis. Die In-

sufficienz der Tricuspidalis beruht oft auf solchen acuten oder chronischen Erkrankungen; Asystolie und Dilatation des Ventrikels sind nicht die einzigen Ursachen der Insufficienz.

Brockhaus (Godesberg).

---

131. D. Jäger (Neustadt), **Ein Fall von acuter genuiner fibrinöser Bronchitis.** (Würtemb. ärztl. Correspondenzbl. 1882. No. 15.)*

Ein $5^1/_2$ jähriges Kind, welches die Masern ohne Complication überstanden, erkrankte 2 Tage nachdem es zum erstenmal das Zimmer verlassen auf's Neue unter catarrhalischen Erscheinungen, Dyspnoe, quälendem, nicht klanglosem Husten. Während eines heftigen Dyspnoeanfalles warf das Kind eine ca. 3 cm lange und 0,5 cm breite Membran aus. Ausserdem fanden sich in dem Spucknapf eine Menge langer wurmförmiger, getheilter und verästelter Gebilde von zäh elastischer Consistenz. Die objective Untersuchung ergab: Stillstand der L. Thoraxhälfte, Aufgehobensein des Athemgeräusches, bei normalen percutorischen Verhältnissen. Ueber der R. Lunge keine abnormen Verhältnisse. J. hatte selbst Gelegenheit einen solchen Dyspnoeanfall zu beobachten, welcher nach vorausgehendem eigenthümlichen Flattergeräusch, mit der Exspectoration einer röhrenförmigen Membran endigte. Unter Zunahme der Dyspnoe, verminderter Exspectoration der Gerinnsel, Auftreten von Aphonie ging das Mädchen asphyctisch zu Grunde.

Die Section ergab frische adhäsive Pleuritis und Pericarditis. L. Lunge lufthaltig gebläht, da und dort atelectatische und pneumonische Herde. Im Kehlkopf ein schwacher nicht zusammenhängender croupöser Belag, welcher nach abwärts immer solider und derber werdend, 2 cm oberhalb der Bifurcation die Trachea fast vollständig ausgoss. Die croupösen Massen setzten sich von hier nach dem L. Hauptbronchus, bis in die feinsten Bronchiolen fort, dieselben vollständig verstopfend. Auf Druck quollen sie fadenförmig über die Schnittfläche hervor.

Auch in den Anfangstheil des R. Hauptbronchus waren die croupösen Massen eine kurze Strecke eingedrungen, sich hier mehr fleckweise ausbreitend und hier nur in 3 kleinere Nebenverzweigungen hineinragend. R. Lunge blutreich, sonst normal.

Hindenlang (Freiburg).

---

132. **Cyr, Accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques.** Schwere nervöse Symptome durch Gallensteinkolik hervorgerufen. (L'Un. méd. Nr. 63.)

C. beobachtete bei einer an Gallensteinkoliken leidenden Frau bei verschiedenen Attaquen schwere nervöse Symptome: Tiefes Koma, convul-

sivische Bewegungen der Augen, mühsame, frequente und abgebrochene Respiration, beschleunigten Puls. In einem, näher beschriebenen Anfall dauerte dieser Zustand 5 Tage. C. erörtert die Frage, ob diese Symptome durch Aufnahme von Gallenbestandtheilen ins Blut (leichte, icterische Färbung der Haut bestand während des Anfalls) oder als Folgen des heftigen Schmerzes durch Reflex auf die nervösen Centren zu erklären sind. Gegen erstere Annahme spricht die Erfahrung, dass nervöse Symptome sehr oft bei ausgesprochenem Icterus fehlen, sowie die Experimente von Frerichs, der nach Einspritzung von Galle in die vena cruralis eines Hundes keinerlei Erscheinungen seitens des Nervensystems beobachtete, während die Versuche von Feltz und Ritter sie zu bestätigen scheinen; dieselben sahen schwere nervöse Symptome nach der Injection von Gallensalzen ins Blut. C. hält die zweite Erklärungsweise für wahrscheinlicher und denkt sich den Weg des Reflexes durch den Sympathicus auf das verlängerte Mark, das Gehirn und den Vagus.

Brockhaus (Godesberg).

---

133. Dr. H. Ribbert, Ueber den Einfluss der Gerbsäure auf die Albuminurie. (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882, Nr. 3.)

R. erzeugte durch 1½ stündige Abklemmung der Nierenarterie bei Kaninchen Albuminurie, und injicirte darauf gleich nach Entfernung der Klemmpincette 2—3 ccm einer 0,5% Tanninlösung in die Jugularis. Die nach einer halben Stunde herausgeschnittene Niere wurde gekocht und frisch untersucht. R. beobachtete dabei eine Verringerung des geronnenen Fibrin in den Malpighischen Kapseln, im Vergleich zu andern Nieren, die eine Einwirkung von Gerbsäure nicht erfahren hatten. Eine in der Zwischenzeit erschienene Publication Lewin's veranlasste R. zu seinen weitern Versuchen gerbsaures Natron zu verwenden, welches von den Versuchsthieren viel besser ertragen wird und in bedeutend grösseren Gaben zur Verwendung kommen konnte. Bei dem so abgeänderten Experiment stellte es sich heraus, dass in den meisten Glomerulis das Eiweiss völlig fehlte, in den übrigen nur in ganz schmalen, selten etwas breiteren Zonen vorhanden war. R. hält es nach seinen Versuchen, welche der durch Frerichs empfohlenen Anwendung des Tannin bei Nephritis eine experimentelle Stütze geben, angezeigt, anhaltende Versuche mit der Darreichung des gerbsauren Natrons bei Nephritis zu machen. Diese Therapie dürfte um so sicherer von gutem Resultate sein, je früher man mit Verabreichung des Tannates beginnt.

Kopp.

134. **Dr. Panthel,** Sanitätsrath, Ems, **Ein wohl unbekannter Feind aus der Pflanzenwelt.** (Memorabilien XXVII. Jahrg. 2. Heft.)

Eine Frau verschluckt aus Versehen die zerschnittenen Knollen einer Calla, der bekannten Zimmerpflanze. Sofort entsteht heftiges Brennen im Munde, Speiseröhre und Magen, die Mundschleimhaut ist weissgelblich angeätzt, äusserst schmerzhaft und geschwollen. Ein Brechmittel entfernte die Schädlichkeit, jedoch blieb die Magengegend noch 8 Tage lang empfindlich.

Bartold.

---

135. **Hiller, Ueber die subcutane Anwendung von Abführmitteln.** (Zeitschrft. f. klin. Med. IV. p. 481. 1882.)

Die guten Erfolge, welche die subcutane Anwendung einer Reihe von Arzneimitteln aufweist, und zwar nicht nur jene der narkotischen Alkaloïde, sondern auch die von Arzneistoffen, welche eine ganz specifische Wirkung auf andere Organe und Functionen, z. B. die Schweisssecretion, den Brechact etc. ausüben, legten den Gedanken nahe, dass sich Aehnliches auch bei den Abführmitteln werde erreichen lassen. — Wiederholte Thierversuche mit subcutaner und intravenöser Injection von Abführmitteln haben zwar die Möglichkeit einer auf diesem Wege zu erzielenden drastisch-purgirenden Wirkung ergeben, haben aber für den Menschen keine praktisch verwerthbaren Resultate ergeben.

H. hat eine grössere Reihe von Versuchen in dieser Richtung mit solchen aus Abführmitteln dargestellten Stoffen in Angriff genommen, welche die Hauptbedingung für die subcutane Anwendung eines Mittels erfüllten: die Löslichkeit in Wasser und die Wirksamkeit in möglichst kleiner Dosis.

Die Mehrzahl dieser Stoffe sind Bitterstoffe aus der Reihe der Glucoside; z. Th. Säuren und Säurenanhydride; — hinderlich für die subcutane Anwendung ist ihre Schwerlöslichkeit in Wasser, dagegen sind sie leicht löslich in Alkohol, heissem Wasser und Glycerin; nach diesem Gesichtspunkte wurde auch diese Mischung grösstentheils als Lösungsmittel benützt. — Betreffs der Wirksamkeit der angewandten Stoffe als Abführmittel bei subcutaner Application waren die Resultate vollkommen befriedigend, dagegen waren die einzelnen in Vergleich gezogenen Substanzen sehr ungleich in ihrer Brauchbarkeit.

Am meisten geeignet für die subcutane Anwendung erwiesen sich:

1. das Aloïn, das Glucosid der Aloë; in warm bereiteter Glycerinlösung 1 : 8 oder 1 : 5 (wochenlang haltbar) bewirkt in der Dosis von 1 ccm (Pravaz'sche Spritze) subcutan nach 4—6 Stunden eine reichliche, breiige Stuhlentleerung mit mässigem Leibweh, bei wiederholter Einspritzung, 2—3 mal täglich mehrere dünnbreiige und wässrige Entleerungen; — es wirkt in dieser Application meist entspre-

chend, eher etwas schwächer als bei der Darreichung per os, wobei 0,1—0,2 grm kräftig abführend wirken. Geeigneter als die subcutane Anwendung des Aloïn sind die wirksamen Bestandtheile der Coloquinthen:

2. das Colocynthin der ältern Pharmacologen erwies sich als zu wenig wirksam (0,3—0,6 grm per os bewirkten mässiges Abführen) und verwandte H. dann ein nach seiner eigenen Methode von E. Merck dargestelltes Präparat:

3. das Colocynthinum purum, in Alcohol, Glycerin und Wasser im Verhältniss von 0,3 : 30 gelöst; eine Pravaz'sche Spritze voll, also 0,01 subcutan, erzeugt nach 4—6 Stunden reichliche, breiige Stuhlgänge mit mässigem Leibweh; — bei habitueller Stuhlverstopfung empfiehlt er die Injectionen 2 mal (Morgens und Abends) zu wiederholen. — Einen Uebelstand dieser Applicationsweise, den heftigen localen Schmerzen an der Injectionsstelle, sucht H. dadurch zu begegnen, dass er das Mittel als Clysma nehmen lässt, behufs dessen Resorption seitens der Mastdarmschleimhaut. Die Injection von 0,01 in obengenannter Lösung mit Wasserzusatz bis auf 5 resp. 10 grm reducirt. Absolut schmerzlos und erzeugt bereits nach 1/2—1 Stunde reichliche breiige Stuhlentleerung mit mässigen Colikschmerzen.

Aehnlich und angenehmer als bei subcutaner Application wirkt auch das Aloïn in Dosen von 0,1 bis 0,2 per rectum; — ebenso können die Infuse und Decocte von Rhëum und Cuma in gleicher Weise verwendet werden.

4. Das Citrullinum, ein von E. Merck aus den Coloquinthen dargestelltes Resinoïd, wirkt innerlich in der gleichen Dosis von 0,005—0,010 abführend; subcutan in obiger Lösung ebenso wirksam wie Colocynthinum purum; der localen Schmerzen wegen ist die Application per rectum ebenfalls vorzuziehen.

5. Das Extractum Colocynthidis, in Lösung von 1 : 30 obiger Alcohol-Glycerin-Wassermischung eignet sich weniger zur Localapplication, wie die beiden vorhergehenden. Dasselbe ist trüb und muss vor dem Gebrauch stets filtrirt werden, das Filtrat wirkt subcutan und per rectum in Dosen (wie innerlich) von 0,015—0,06, erzeugt aber mehr unangenehme Nebenerscheinungen, als die beiden vorigen Präparate: heftige locale Schmerzen, im Rectum Brennen und Drängen, zuweilen Uebligkeit und Erbrechen.

6. Das Cathartinum e Senna, leicht löslich in Alkohol-Glycerin-Wasser wirkt innerlich erst bei Dosen von 0,4—0,5 gelinde abführend, ohne Colikschmerzen; ist subcutan wegen der geringen Wirkung und der Nothwendigkeit einer grossen Dosis nicht verwendbar.

7. Acidum cathartinicum e Senna, leicht löslich in Wasser und wasserhaltigem Glycerin, schwer löslich: Alkohol wirkt in Dosen von 0,2—0,3 gut purgirend. Eine wässrige, alkalische Lösung von 1 : 20 mit etwas Natr. bicarb. subcutan in der Dosis von 2 ccm und erzeugt unter ganz geringen Leibschmerzen nach 8—12 Stunden eine reichliche breiige Stuhlentleerung; — wenig brauchbar bei habitueller und hartnäckiger Verstopfung, wegen der zu gross nöthigen Dosirung.

8. Die Elateriumpräparate, denen allgemein sehr drastische,

selbst toxische Wirkungen zugeschrieben werden, erwiesen sich zum Theil ganz wirkungslos, zum Theil nur schwach wirksam.

9. Das Leptandrinum purissimum, das Glucosid auf Leptandra Virginiana hat innerlich in Alcohol-Lösung in Dosen von 0,5 nur ganz schwach die Peristaltik anregende und dadurch Stuhlentleerung erzeugende Wirkung, und ist daher subcutan nicht verwendbar.

10. Das Evonyminum purum, das Glycosid von Evonymus Atropurpurea, wirkt innerlich in Dosen von 0,1—0,2 gelinde abführend, ist subcutan wegen der Schwerlöslichkeit in allen oben erwähnten Menstruen nicht brauchbar.

11. Das Baptisin, das Glucosid von Baptisia tinctoria, leicht löslich in heissem Wasser und Alkohol, bewirkt innerlich in Dosen von 0.3—0,4 nach 4—6 Stunden fast ohne Leibweh breiige oder consistente Stuhlentleerungen; für subcutane Anwendung ist die Wirkung zu gering.

Als Endresultat seiner Versuche kam H. zu dem Schluss, dass die subcutane Anwendung von Abführmitteln in Bezug auf Annehmlichkeit und Sicherheit der Wirkung vor der inneren Darreichung als Pulver, Pillen oder Infusen keinen Vorzug hat; — es wird sich diese Applicationsweise nur auf solche Fälle beschränken, in welchen die innere Darreichung erschwert oder contraindicirt ist; — in den meisten Fällen verdient aber die Application dieser Abführmittel per anum vor der subcutanen Injection den Vorzug. Diese Form der Anwendung ist aber nicht zu verwechseln mit den abführenden Clystieren von 200 oder mehr Wasser, sondern ist auf geringe Flüssigkeitsmengen, 5—10ccm beschränkt, analog den ernährenden Clystieren auf die Resorption der wirksamen Substanzen durch die Mastdarmschleimhaut berechnet.

Engesser (Freiburg i. B.).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 29. Juni. Nro. 11.

Anchylostomum duodenale bei der Ziegelbrenneranaemie in Deutschland.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. H. Menche,
Assistenzarzt der station. medic. Klinik in Bonn.

Am 11. Juni 1882 kam ein Pat. — H. Thomas, 20 J., Ziegelbrenner in Kessenich — zur Aufnahme in hiesige Klinik. Derselbe

zeigte die Symptome der bekannten Ziegelbrenneranaemie, und es gelang mir am 13. Juni in 6 Stühlen, die auf einer am 12. Juni verabreichten Dosis von Santonin 0,1 und Ol. Ricini 3 Essl. erfolgt waren, ausser Eiern 16 Anchylostomen zu finden. Auf Santonin und Calomel, von Baeumler[1]) empfohlen, wurden noch weitere 27 Helminthen abgetrieben. Eine stärkere Wirkung hatte Extr. filic. mar. aeth. in hohen Dosen bis 20 ccm, empfohlen durch Prof. Perroncito[2]), Dr. Parona in Italien, Dr. Schönbächler[3]), Dr. Maj[4]) etc.; in folgenden 5 Stühlen zählte ich 491 Anchyl. duoden.

In einer Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde am 19. Juni wurden die mikroskopischen Präparate der gefundenen Parasiten nebst Eier demonstrirt.

---

137. **G. Bizzozero, Ueber einen neuen Formbestandtheil des Säugethierblutes, und die Bedeutung desselben für die Thrombosis und Blutgerinnung überhaupt.** (Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. 1882. No. 2.)

138. **G. Bizzozero, Blutplättchen und Blutgerinnung.** (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1882. No. 20.)

B. fand bei Beobachtung des Blutkreislaufes im Mesenterium chloralisirter Kaninchen und Meerschweinchen ausser rothen und weissen Blutkörperchen noch ein drittes Formelement circuliren, nämlich sehr blasse, farblose, ovale oder runde Plättchen, zwei- bis dreimal kleiner als die rothen Blutkörperchen und regellos zerstreut unter den andern Blutelementen. Diese Plättchen sind auch in dem frisch entzogenen Blute des Menschen sichtbar, gewinnen aber durch rasche Alteration und Verunstaltung bald ein körniges Aussehen — Körnchenhaufen der Histologen. Durch eine mit Methylviolett gefärbte Kochsalzlösung gelingt es die Form der Plättchen längere Zeit unverändert zu erhalten. Ueber die Herkunft derselben kann B. Positives nicht beibringen. Der Vergleich zwischen dem entzogenen Blute und dem circulirenden löst die bisher offene Frage von den sogenannten Körnchenhaufen, die meist von dem Zerfall der weissen Blutkörperchen abgeleitet wurden. — In Zukunft also wird man bei dem Studium der Functionen und Alterationen des Blutes stets auch diesen constanten und reichlich vertretenen neuen Formbestandtheil mit in Betracht ziehen müssen. B. beobachtete eine numerische Zunahme desselben in krankhaften Zuständen und studirte seine Beziehungen zur Thrombenbildung und Blutgerinnung. Bei

---

1) Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte. Jahrgang XI. (1881).
2) Revue méd. de la Suisse romande I. 3. p. 163. Mars 1881.
3) Schweiz. ärztl. Corr. Bl. XI. 3. 1881.
4) Gazz. Lomb. 8. Ser. III. 37. 1881.

der Thrombose bilden die Plättchen den überwiegenden Bestandtheil des weissen Thrombus der Säugethiere, indem sie jene körnige Substanz abgeben, die man zwischen den farblosen Blutkörperchen findet. Bei der Blutgerinnung fällt wahrscheinlich den Plättchen jene Rolle zu, welche Montegazza und A. Schmidt den farblosen Blutkörperchen zuschreiben. B. konnte sich nie von jenem massenhaften Zerfall der weissen Blutkörperchen, wie er von A. Schmidt angenommen wird, überzeugen. Die Zeit, in welcher ein soeben entzogenes Bluttröpfchen zur Gerinnung kommt, entspricht dem Zeitraum, innerhalb dessen die Blutplättchen der Entartung anheimfallen. Frisch entzogenes Blut in einer methylvioletthaltigen Kochsalzlösung aufgefangen, fand B. noch nach 24 Stunden ungeronnen. In einem zwischen zwei Ligaturen abgebundenen Gefässe bewahren die Plättchen stundenlang ihre characteristische Form; dem Einflusse der lebenden Gefässwand entzogen, unterliegen sie sofort der Entartung. Wenn man Blut mit Zwirnfäden schlägt, bevor die Gerinnung eingetreten, und die Fäden dann in eine die Plättchen conservirende Flüssigkeit bringt, so zeigt das Microscop, dass nur sehr wenige farblose Blutkörperchen an den einzelnen Fäserchen haften geblieben sind, die letzteren aber von einer dichten Schicht viscös gewordener Blutplättchen überzogen sind. B. hält es nach diesen Beobachtungen für mehr als wahrscheinlich, dass die Gerinnung des Blutes unter dem directen Einfluss der Blutplättchen stehe.

In seiner zweiten Mittheilung setzt B. seine Untersuchungen über Gerinnung fort. Er schlug Blut mit Zwirnfäden und sog dieselben vor dem Beginn des Fibrinniederschlages heraus, wusch sie in einer indifferenten Chlornatriumlösung und tauchte sie dann in eine nach A. Schmidt's Vorschrift bereitete protoplastische Flüssigkeit. Es trat stets bedeutende Gerinnung ein. Da es keine Methode gibt, die Blutplättchen frei von Leucocythen zu sammeln, eben so wenig, wie umgekehrt, so ist es schwer, den relativen Antheil beider an der Gerinnung zu bestimmen. Zur Controlle liess B. auf eine protoplastische Flüssigkeit Stückchen von Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark einwirken, Gewebe, welche reich an allen Arten von Leucocythen sind. Milz- und Lymphdrüsentheilchen bewirkten gar keine oder nur unbedeutende Coagulation, Knochenmark dagegen öfters kleine Gerinnungen, welche B. dem darin enthaltenen Blut zuschreibt. Dagegen trat massenhafte Gerinnung ein, wenn die protoplastische Flüssigkeit zugleich mit Stückchen eines lymphoiden Organes und mit den an den Zwirnfasern haftenden Blutplättchen in Verbindung gebracht wurde. — Den Blutplättchen der Säuger dürften bei den mit gekernten Blutkörperchen versehenen Thieren jene gekernten, farblosen spindelförmigen Zellen entsprechen, welche von v. Recklinghausen u. A. schon vor vielen Jahren im Gegensatz zu den gewöhnlichen weissen Blutzellen des Frosches beschrieben worden sind.

Kopp.

139. Dr. G. Fano, Beiträge zur Kenntniss der Blutgerinnung. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1882. No. 12.)

F. suchte die von Bizzozero jüngst gefundenen Blutplättchen in dem durch Peptonisation spontan ungerinnbar gemachten Blute auf, und fand dieselben sehr zahlreich. Die Gerinnung des peptonisirten Blutes kann man gut mit dem Microscop verfolgen, wenn man es mit Wasser verdünnt. Bei dieser Behandlung sah F. bei starker Vergrösserung im Verlauf von ½ bis 1 Stunde die Bildung eines faserigen aus vielen sternförmigen Gebilden zusammengesetzten Netzes, dessen Fäden von sehr deutlichen Verbreitungspuncten entsprangen, welche F. als die Bildungspuncte des Fasernetzes ansieht. Zuweilen wurden diese Ausgangspuncte von Plättchen dargestellt, viel öfter aber von farblosen Blutkörperchen. Dabei kann man noch zahlreiche Haufen von unversehrten Plättchen bemerken, welche sich nicht an der Bildung des Fibrin betheiligen. Lymphe aus dem Ductus thoracicus von 3 peptonisirten Hunden enthielt keine Plättchen, gab aber mit Wasser oder Kohlensäure behandelt ein bedeutendes Gerinnsel. Im peptonisirten Plasma, das 2 oder 3 Tage im kalten Zimmer stand, entstand nicht selten ohne äusseres Mittel ein kleines Gerinnsel; die aus demselben getretene Flüssigkeit enthielt kaum noch die Plättchen, aber viele weisse Blutzellen. Mit Wasser oder Kohlensäure gab sie Gerinnsel, die grösser waren, als das erste. F. glaubt nach seinen Untersuchungen, dass die weissen Blutkörperchen den meisten Antheil an der Gerinnung haben, ohne dass er den Einfluss der Plättchen läugnen wollte.

Kopp.

---

140. M. J. Rossbach, Ueber die Vermehrung der Bacterien im Blute lebender Thiere nach Einverleibung eines chemischen, organismenfreien Fermentes. (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882. No. 5.)

R. konnte im Verlaufe von Untersuchungen, welche zu andern Zwecken unternommen worden waren, einige höchst interessante Thatsachen constatiren, welche geeignet sind, in die Frage nach der Entstehung und Entwicklung kleinster Organismen im lebenden Körper, neues Licht zu bringen. Bei Einspritzung von Papayotin in die Körpervenen wurde nach dem kurz darauf erfolgten Tode in dem unmittelbar aus dem Herzen entnommenen Blut eine ungemein grosse Menge von Micrococcen gefunden. Vor der Injection war das dem gesunden Thiere entnommene Blut völlig frei von Organismen gewesen. Dieser Fall beweist, dass ein unorganisirtes, organismenfreies, von einer Pflanze stammendes chemisches Ferment die Beschaffenheit der Säfte des Körpers so verändern kann, dass die schon im normalen Zustande im

Körper vorhandenen Bacterien nun auf einmal lebens- und vermehrungsfähig werden. Diese Thatsache unterstützt wesentlich die Meinung, dass bei wirklicher Infection neben den eingeimpften organischen Keimen auch das gleichzeitig damit verbundene chemische Gift oder Ferment nicht bedeutungslos ist.

Kopp.

141. Dr. J. A. Rosenberger, Experimentelle Studien über Septicaemie. (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882. No. 4.)

R. der sich lange Zeit mit Untersuchungen über das Wesen des septischen Giftes beschäftigte, versuchte mit kleinen Mengen von Serum und Blut von Thieren, welche an gekochtem septischen Gift zu Grunde gegangen waren, andere Thiere zu inficiren. Auch diese Thiere starben, wie die Section zeigte, an Septicaemie. Um sicher zu sein, dass in dem gekochten Gift keine Mikroorganismen mehr vorhanden waren, wurde dasselbe im Dampfkessel noch 2 Stunden lang einer Temperatur von 140° C. ausgesetzt und zur Injection neue wohl desinficirte Instrumente benützt. Auch bei den regelmässig angestellten Controlversuchen wurden die zur Verwendung genommenen und also vorbereiteten Giftmengen stets frei von Organismen gefunden. R., welcher wie Koch und Andere zwei Arten von Septicaemie annimmt, welche sich durch die Verschiedenheit der im Blute befindlichen Bacterien unterscheiden, konnte in den getödteten Thieren durch das Microscop stets diejenigen Microorganismen nachweisen, welche vor dem Kochen in der verwendeten Flüssigkeit vorhanden waren. Aus diesen Versuchen geht hervor, dass wir es bei den an gekochtem septischen Gift zu Grunde gegangenen Thieren wieder mit denselben specifischen Sepsisbacterien zu thuen haben, wie vor dem Kochen. Die Bacterien sind nicht das Primäre, sondern das Secundäre und R. nimmt an, dass die spez. Septicaemiebacterien sich aus den im Körper vorhandenen Spaltpilzen durch das Zusammenkommen mit einem chemischen ungeformten Gift entwickeln, da bei den in Rede stehenden Versuchen sicher keine Organismen oder Keime mit eingeführt worden waren. Wir haben also den Fall vor uns, dass gewöhnliche Spaltpilze im lebenden Thiere in spez. Sepsisbacterien umgewandelt werden und sich rasch vermehren durch Einbringung organismenfreien septischen Giftes.

Kopp.

142. C. Schipiloff, Ueber die Entstehungsweise der Muskelstarre. (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882. Nr. 17.)

S. kommt auf Grund zahlreicher Versuche, welche im Originale nachzulesen sind, zu dem Schlusse, dass die Todtenstarre der Muskeln auf einer temporären Ausscheidung von chemisch unverändertem Myosin aus seinem halbflüssigen Zustande im Muskelplasma beruht, dass diese Ausscheidung durch postmortale Säureentwickelung im Gewebe verursacht wird, und dass die spontane Auflösung der Todtenstarre in noch nicht der Fäulniss anheimgefallener Muskelmasse durch Entwickelung grösserer Säuremengen bedingt ist.

Kopp.

---

143. R. W. Bishop, Die Uebertragbarkeit der Alopecia praematura. (Dissertation Berlin 1882.)

Im Anschluss an die Anschauung Lassar's, dass die Alopecia praematura nicht neurotischen Ursprungs sein müsse, sondern im Zusammenhang stehe mit bestimmten Mikroorganismen, die an den Haarschäften vorkommen, was Lassar dadurch bewies, dass er durch Uebertragung der Haarabfälle von Alopicetischen bei zahlreichen Thieren ausgebreitete Kahlheit erzeugte, nahm Verf. die Frage in Angriff, in wie weit eine äusserliche Ursache für die Alopecie Bedeutung habe.

Ein junger Mann ohne erbliche Belastung verlor allmählich die Haare des Scheitels, an derselben Stelle waren die noch übrigen Haare leicht ausziehbar. Der alopicetische Haarboden diente einer grossen Anzahl von gewöhnlichen Fadenpilzen als Stätte.

Die gesammelten Haarausfälle ($^1/_4$ Grm. pro Tag) wurden mit Vaselin gemischt mit einem Pinsel auf die Haut gesunder, wohlbehaarter Thiere gebracht (Kaninchen, Meerschweinchen, weisse Mäuse). Bei beiden Thierarten bildete sich nach einigen Wochen ausgesprochener Haarschwund aus, sodass Handteller grosse Partieen ganz kahl wurden. Mit den Haarausfällen dieser Thiere wurden weiter andere behandelt mit noch eclatanterem Erfolge, so dass ausgedehnte Flächen absolut kahl wurden.

Nachdem so die parasitäre Natur der Erkrankung feststand, wurde durch Durchführung der von Lassar schon länger angewandten Methode Heilung erzielt, insofern als das Ausfallen aufhörte, und die vorher kahlen Stellen sich dichter mit neuen Haaren bedeckten. Die Behandlungsmethode Lassar's besteht in Einseifung der Kopfhaut mit Theerseife, Irrigation, Waschung mit Sublimatlösung (1,0: 500,0), Abtrocknen, Eingiessung einer Naphthollösung (B. Naphthol. 0,5, Spir. dil. 70, Aq. dest. 30,), Uebergiessung mit $1^1/_2$ % Carbolöl.

Finkler.

---

144. **Dr. A. Tamburini und Dr. G. Sepilli, Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus.** (Deutsch von Dr. M. O. Fränkel, Wiesbaden bei Bergmann.)

Verf. haben eine experimentelle Arbeit an einer Hysterischen angestellt, die in ihrer Jugend an Chorea, Convulsionen, Hemiplegie, später Aphasie und Alalie gelitten hatte, und in der sensiblen wie der motorischen Sphäre viele Abweichungen von der Norm erkennen liess: „Anaesthesie der Haut und Analgesie auf der ganzen linken Körperhälfte, Geruchs- und Geschmacksempfindung fehlen links. Die Sehschärfe des Auges ist verringert, die Motilität linksseitig etwas vermindert. Druckempfindlichkeit in beiden Ovarialgegenden erhöht.“ Das psychische Verhalten war bizarr, excentrisch; hysterische Krämpfe mit Trismus und Opisthotonus. Diese Kranke wurde hypnotisirt und das Verhalten der motorischen wie sensiblen Erregbarkeit durch mechanische Reize, Berührung, Dehnung sowie Fernwirkung der Magneten, Auflegen von Metallplatten, Senfteigen geprüft. Ausser den Beobachtungen der Contraction der Muskulatur des Kopfes und des Gesichts und Stellungseigenthümlichkeiten der Extremitäten, wurde durch Pneumographie die Veränderung der Athembewegungen und durch Sphygmographie die des Herzstosses und Pulses registrirt und hierdurch ein Einblick in diese vom Willen unabhängigen Zustände gewonnen. Es ist nicht möglich hier die einzelnen Beobachtungen über die Erregbarkeit der Muskulatur directer und indirecter Art specieller mitzutheilen und die höchst eigenthümlichen quantitativen und qualitativen Veränderungen der sensiblen Sphäre zu schildern. Von den 16 am Schlusse zusammengefassten Thesen will ich nur folgendes hervorheben. „Die neuromusculären Reizsymptome der Hysteria major kamen sowohl im hypnotischen, wie im wachen Zustande vor und können in beiden Zuständen durch directen mechanischen Reiz (Fingerdruck) oder durch den Magneten auf Distanz zur Erscheinung gebracht werden.“

„Im hypnotischen Zustande äussern sich die motorischen Erscheinungen, lokale wie allgemeine, vorzugsweise auf Application des Magneten.“

„Kaltes Wasser und Eis machen die Applicationsstellen unempfindlich und bewirken, dass die Ueberreizungs-Erscheinungen der betr. Muskeln verschwinden; je länger die Applicationszeit dauert, und je niedriger die Temperatur, desto stärker ist die Wirkung, und desto mehr verbreitet sich letztere über die entsprechende Körperhälfte.“

„Die Respiration wird beim Uebergang vom wachen in den Schlafzustand beschleunigt, tief und unregelmässig, der Herzschlag beschleunigt und stärker. Die Pulsform ändert sich nicht, aber gewöhnlich nimmt er an Höhe zu, und macht sich auf die Pulscurven der Einfluss der Respiration geltend.“

„Der Magnet in Distanz auf die Brust oder Herzgrube gehalten bewirkt im hypnotischen Zustand gewöhnlich unmittelbar einen vorübergehenden Stillstand der Athembewegungen (Apnoe), bisweilen nur eine grössere Weite der Bewegungen. Der Entfernung des Magneten

folgt fast immer Aufhören der Pause und eine starke Inspirationsbewegung, und dieser kräftige und verlängerte Excursionen."

„In der Herzgegend bewirkt der Magnet vermehrte Herzthätigkeit, kräftigeren und grösseren Puls."

Finkler.

---

145. **Prof. Dr. Huguenin, Ueber Neuritis olfactoria.** (Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte Nr. 9 u. 10.)

Bereits früher hat H. die Ansicht ausgesprochen, dass Neuritis und Neuroretinitis bei Hirntumoren stets die Folge einer vom Tumor selbst ausgegangenen und langsamen oder schnellen, gewöhnlich allseitig weiterkriechenden entzündlichen Affektion der Pia sei. Dass es eine analoge Neuritis acustica gebe, sei schon von der epidemischen Cerebrospinalmeningitis her bekannt. Auch die Bulbi olfactorii und die davon ablaufenden Nerv. olfactorii könnten in gleicher Weise erkranken. Folge davon sei Abnahme, endlich gänzliches Erlöschen des Geruchs, auch könnten im Verlaufe mannigfache und sehr differente Geruchshallucinationen auftreten. Wenn also im Verlaufe eines chronischen Hirnleidens, dessen allgemeine Symptome diejenigen eines Tumors seien, der Geruch verloren geht (und dieses Ereigniss sei durchaus nicht selten), so dürfe ebensowenig wie beim Opticus allemal ein direkter Tumordruck angeschuldigt werden; der Tumor könne im Gegentheil in weiter Ferne sitzen, wo eine direkte Einwirkung auf Olfactoriafasern einfach nicht möglich sei. Geruchsabnormitäten (doppelseitig) könnten daher zur toxischen Diagnose ebensowenig verwendet werden, wie Amblyopien und Amaurosen mit Neuritis und Neuroretinitis. Dieser Satz wird illustrirt durch Mittheilung der Krankengeschichte und des Obductionsresultats eines Falles von Sarcom des rechten Schläfelappens, welches zur chronischen Meningitis der Basis, und der Plexus geführt hatte; die chronische Entzündung erstreckte sich auch über die ganze Unterfläche des Stirnbeins, sodass der Lobus olfactorius von allen Seiten in das entzündlich verdickte Bindegewebe eingehüllt, beiderseits dünner als normal, der Tractus olfactorius gerade mit der Loupe noch erkennbar, der äussere Riechstreif nach Entfernung der Pia nur mit grosser Mühe noch aufzufinden, die Bulbi olfactorii in hohem Grade atrophisch, kleiner, härter als gewöhnlich, von dickem Bindegewebe eingehüllt sind.

H. theilt sodann noch einen auf der Klinik befindlichen Krankheitsfall mit, bei dem sich neben anderen Erscheinungen totale Atrophie beider Optici, Verlust des Geruchs auf beiden Seiten und hochgradige Herabsetzung des Gehörs auf dem linken Ohre vorfinden. Die Diagnose Tumor des crus cerebelli ad pontem, für welche die übrigen Erscheinungen sprechen, lässt sich in diesem Falle nur auf Grund folgender Betrachtung stellen: Fast alle Hirntumoren machen zu einer Zeit ihres Bestehens eine chronische Entzündung an der Basis, welche die expo-

nirtesten Nerven als Neuritis descendens einhüllt und sie bei einer gewissen Intensität zur Atrophie bringt. Diese chronische Endzündung, welche fortschreitet auf die Oberfläche des Cerebellums und durch die Fissura transversa cerebri auf die Plexus chor. übergeht, welche ferner hineinkriecht durch die offenstehende Unterhornspalte in's Unterhorn, ist auch die Ursache des chronischen Hydrocephalus beim Tumor. Diese gleiche chronische Entzündung kann auf verschiedenen Wegen vorschreiten in den IV. Ventrikel, und eine analoge Meningitis intima kann daselbst die Folge sein, sie kann auch in jener Gegend dem Acusticus entlang nach unten steigen. Es gibt in der That, wie eine Neuritis olfactoria und optica, auch eine Neuritis acustica beim Tumor, welche mannigfache Gehörsstörungen ohne direkten Tumorendruck hervorrufen kann.

Auch für die chronischen Hirnabscesse lassen sich analoge Gesichtspunkte aufstellen, nur ist die basale Meningitis bei dieser Affection viel seltener. Dass ein direkter Tumorendruck auf den Olfactorius nicht auch einmal die Ursache des Geruchs-Verlustes sein könne, will H. mit Vorstehendem nicht gesagt haben.

Ungar.

---

146. **Germain Sée, Des pneumonies infectueuses.** Ueber infectiöse Pneumonien. (L'Union méd. Nr. 76, 77 u. 79.)

Verf. berichtet zunächst über einige von ihm beobachtete kleinere Pneumonien. Er hält die gewöhnliche croupöse Pneumonie für eine locale Entzündung, nicht aber für den localen Ausdruck einer fieberhaften Allgemeinerkrankung. Betreffs der von ihm gegen die gegentheilige Ansicht von Jürgensen, Traube u. A. vorgebrachten Gründe s. das Original. Neben dieser Form gibt es eine zweite, die infectiöse oder toxische Form. Verf. unterscheidet 3 Gruppen: 1. Pneumonie auf Grundlage einer Malariainfection mit intermittirendem Typus, 2. erysipelatöse Pneumonie; unter diesem Namen fasst er die als Pneumonia migrans bezeichnete Form und die im Verlauf eines Gesichtserysipels durch Vordringen des Entzündungsprocesses in Trachea, Bronchien und Alveolen entstehende Pneumonie zusammen und erwähnt den von Kussmaul u. A. betonten Parallelismus zwischen Pneumonie und Erysipel. 3. typhöse Pneumonie. Hierunter versteht er nicht eine Pneumonie mit typhösen Erscheinungen, auch nicht die im weiteren Verlauf des Typhus so häufig eintretende hypostatische Pneumonie, sondern eine Form der Lungenentzündung, die im Beginn oder in den ersten Stadien eines Typhus eintritt, und allein oder hauptsächlich die Localisation des Typhusgiftes darstellt.

Die infectiösen Pneumonien zeichnen sich nach Verf. aus durch ihren asthenischen Charakter: Beginn mit wiederholtem Frostschauer, unregelmässiger Fiebertyphus, Ausgang öfters durch Lysis als durch

Krisis, häufiges Uebergreifen der Entzündung auf andere Organe (parenchymatöse Nephritis, Pleuritis, Peri- und Endocarditis), Milztumor, Icterus, starkes Benommensein des Sensoriums, Prostration etc.

Verf. gibt sodann einen Ueberblick über die bisher beobachteten Epidemien von Pneumonie. Er unterscheidet Gefängniss-, Haus- oder Familien- und Schul- oder Dorfepidemien. Bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden. Er zweifelt nicht an dem Einfluss ungünstiger hygienischer Verhältnisse (mit Zersetzungsstoffen durchtränkter Boden, Kanalgase etc.) auf die Entwickelung solcher Epidemien, doch sind dieselben auch unter hygienisch günstigen Verhältnissen beobachtet worden. Dass ein infectiöser, wahrscheinlich specifischer Krankheitserreger dabei im Spiele ist, nimmt er an, glaubt aber nicht, dass die von Klebs entdeckte Monas pulm. dieser Krankheitserreger ist. Ebensowenig glaubt er an die Möglichkeit einer Uebertragung von Mensch auf Mensch.

Brockhaus (Godesberg).

---

147. **Lancereaux, Les Néphrites.** (L'Union méd. Nr. 64, 68, 70 u. 71.)

L. bespricht zunächst die interstitiellen Nephritiden. Er unterscheidet primäre und secundäre Formen; erstere sind abhängig von Allgemeinerkrankungen des Körpers (Atherose, Gicht), von Intoxicationen (Bleivergiftung) oder sind die Folgen angeborener Enge der Aorta und Artt. renales (Chlorose). Für alle 4 Formen führt er eigene Beobachtungen an, über die das Nähere im Original nachzusehen ist. Symptomatologisch hat die erste Form (Nephritis bei Atherose) mit der 4. (N. bei Chlorose resp. mangelhafter Entwickelung der Aorta) und die 2. (N. bei Gicht) mit der 3. (N. nach Bleivergiftung) viel Aehnlichkeit. Therapeutisch empfiehlt er im Anfangsstadium Jodkali, nachher Ableitung auf Magen, Darm und Haut durch Purgantien, Bäder, Frottirungen etc., verwirft dagegen den von anderer Seite empfohlenen Gebrauch von Digitalis und Opium. Durch Anregung der Secretion von Magen, Darm und Haut glaubt er die Elimination der in Folge der ungenügenden Functionirung der Nieren sich im Blute anhäufenden Producte der regressiven Metamorphose ermöglichen und den Eintritt urämischer Anfälle verhindern zu können. Unter secundärer oder consecutiver interstitieller Nephritis versteht er die Formen von Nierenentzündung resp. Schrumpfung, wie sie durch verhinderten Abfluss des Urins (Prostatahypertrophie, Compression der Ureteren etc.) hervorgerufen wird.

Den interstitiellen Formen der Nephritis, bei denen Bindegewebe und Gefässe die zunächst erkrankten Theile der Nieren sind, stellt er die epithelialen Nephritiden gegenüber, bei denen der Entzündungsprocess zuerst die secernirenden Elemente ergreift. Bei dieser Form

hat er besonders von absoluter Milchdiät gute Erfolge gesehen, während er kein Mittel kennt, welches die Eigenschaft besitzt, beim Durchgang durch die Nieren in günstiger Weise modificirend auf die veränderten Epithelien zu wirken.

Brockhaus (Godesberg).

---

148. **Dr. Zeroni sen.** (Mannheim), **Ueber acute Nephritis albuminosa.** (Aus dem Verein der Mannheimer Aerzte. Memorabilien. 27. Jahrg. Heft 1 u. 2.)

Es werden 20 Beobachtungen über acute Albuminurie mitgetheilt. Dieselben vertheilen sich ihrer Ursache nach auf 1. 2 Fälle nach Gehirnreiz, 2. 2 nach Störung der Hautausdünstung, 3. 5 nach Verwundung der allgemeinen Hautdecke, durch Einreibung, Verbrühung, Brandwunde, Druckwunde und Schnittwunde mit Erysipel, 4. 6 nach Affection der Rachenorgane und Halsdrüsen, 5. 3 Nachkrankheiten des Scharlachs, der Masern, 6. 1 nach Erysipelas verum, 7. 1 nach Urticaria.

Verf. ist geneigt, sich die Entstehung der Albuminurie und ihrer Begleit-Erscheinungen auf ganz besondere Weise zu erklären, indem er sie als die Folge nervöser Störungen ansieht. Er deducirt folgendermassen: Irgend eine Organ-Erkrankung vermittelt direct oder auf dem Wege des Reflexes einen Reiz auf das Nervencentrum für den Stoffwechsel und das Albumin-Centrum, dessen Vorhandensein „klinisch ausser Zweifel ist, wenn auch der pathologisch-anatomische Nachweis desselben freilich noch im Ausstand bleibt". Dieses Albumin-Centrum liegt in der Medulla oblongata und ist umgeben von einer Anzahl anderer Centren, unter deren Einfluss die wichtigsten Funktionen des Organismus stehen und die sich gegenseitig influiren können. Wenn der Reiz auf das vasomotorische Centrum übergeht, so entstehen Blutstauungen, Hyperaemien der Niere, Oedeme, Transsudate, Diarrhoeen, Schmerzen in der Bauchhöhle, Sehstörungen, Delirien, Sopor, Lähmung. „Die Respirations- und Herzbewegungscentren bewirken die Störungen in der Lungen- und Herz-Action, und für die Convulsionen tritt zuletzt das Krampfcentrum ein".

Verf. sieht die Bestätigung seiner Ansichten in dem oftmals raschen Eintritt des Eiweissharnes nach äusseren Verletzungen, sowie in der von ihm beobachteten Coincidenz von Angina und Albuminurie, auch bei Recidiven der ersteren, „weil von den Rachenorganen aus die Nerven direct zur medulla führten". Uraemische Erscheinungen erklärt sich Verf. so, indem er sagt: Weil die Nieren-Epithelien keinen Harnstoff mehr aufnehmen, sammelt sich dieser im Blut, reizt dann das Albumincentrum derart, dass sofort Blutstauungen, Congestionen, „Entzündungsbewegungen im Central-Nerven-System" erfolgten und somit Uraemie.

Das klinische Symptom dieser Reizung sind die häufiger bei Uraemie zur Beobachtung kommenden Schmerzen im Nacken, Blutentziehungen daselbst sind mit Erfolg angewendet worden.

Bartold.

---

149. **Reliquet, D'anurie calculeuse traitée par l'augmentation de la tension du sang dans les artères du tronc.** Ueber Anurie in Folge von Steinbildung, behandelt durch Verstärkung des Blutdrucks in den Arterien des Rumpfes. (L'Union méd. Nr. 69 u. 70.)

Die Prognose bei completer Anurie in Folge von Verschluss der Ureteren durch Steinbildung ist eine schlechte; von 50 Fällen sah Merklen 41 letal endigen. Die Therapie sucht gewöhnlich durch Ableitung auf die Haut der Nierengegend (Blutentziehungen etc.) die entzündlichen Erscheinungen seitens der Nieren zu mässigen sowie durch Einführung grösserer Mengen von Getränk den Filtrationsdruck in derselben zu erhöhen und die Fortschaffung des den Ureter verschliessenden Steines zu erleichtern. Letzteres Verfahren hat nach R. um so weniger Aussicht auf Erfolg, je mehr die Niere bereits durch Hydronephrose oder Schrumpfung an Functionsfähigkeit eingebüsst hat. In einem näher beschriebenen Falle (s. d. Original) von completer Anurie, in welchem R. vergebens mehrere Tage hindurch die erwähnten Mittel angewendet hatte, machte er auf Bouchard's Rath eine Einwickelung beider Unterextremitäten von den Füssen bis zur Hüfte mit Kautschukbinden, in der Idee, das in denselben circulirende Blut nach dem Rumpf zu drängen und so den Druck in den Nierenarterien zu erhöhen. Zugleich liess er kleine Eiswasserklystiere geben und in Eis gekühltes Getränk in grösster Quantität innerlich nehmen. Diese Einwickelung wurde nur kurze Zeit ertragen, indem sich bald starke Athemnoth, Praecordialangst, Unfähigkeit zu sprechen einstellte, so dass die Binden entfernt werden mussten. (3 Stunden nach der Einwirkung trat reichliche Urinentleerung ein; der Nachweis von Nierensteinen verschiedener Grösse und Form in diesem und dem an den folgenden Tagen entleerten Urin bestätigte die Diagnose. In einem zweiten Fall von completer Harnverhaltung in Folge von Nierensteinbildung wurde die Einwickelung in 24 Stunden 4 mal ausgeführt; jedesmal traten nach kurzer Zeit die erwähnten Symptome ein. Nach der 3. Einwickelung entleerte sich eine geringe Menge Urin; der Kranke starb indess am nächsten Tage.

R. giebt zu, dass dieses Verfahren die Gefahr einer Ruptur eines grösseren Blutgefässes, besonders wenn atheromatöse Entartung vorliegt, in sich schliesst, glaubt aber trotzdem, seine Anwendung bei der so ungünstigen Prognose der in Rede stehenden Affection empfehlen zu dürfen. Die drei ersten von ihm beobachteten einschlägigen Fälle, bei denen er diese Einwickelungen noch nicht kannte und anwendete, verliefen sämmtlich letal.

Brockhaus (Godesberg).

---

150. Revilliod, Deux cas de kistes échinocoques suppurés du foie. Traitement par le siphon ambulant. Fonction désassimilatrice du foie. Zwei Fälle von vereiterten Echinococcuscysten der Leber. Behandlung mit einem tragbaren Heber. Desassimilirende Thätigkeit der Leber. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 5.)

Fall 1 betrifft eine 34jähr. Frau, bei welcher sich die ersten Symptome einer Lebererkrankung vor 6 Jahren gezeigt hatten. Bei ihrer Aufnahme ins Hospital bestand hochgradiger Icterus, Fieber, hartnäckiges Erbrechen, Prostration. In der Lebergegend eine eiförmige, undeutliche Fluctuation zeigende Geschwulst von 15 cm Länge und 10 cm Breite. An die Geschwulst schliesst sich nach oben eine Dämpfungszone, welche vorn bis zur 3. Rippe, hinten bis ein Finger breit unter das Schulterblatt reicht. Am 6. Tage nach der Aufnahme Punction der Geschwulst, bei der sich nur einige Tropfen Blut entleerten. Die sich selbst überlassene Punctionsnadel zeigte spiralförmige Bewegungen, als wenn sie in einem Darmstück stecke. Die Diagnose wurde daher auf eine, durch entzündliche Verwachsungen mit der Umgebung immobilisirte Hernia epigastrica gestellt. Die an die Geschwulst angrenzende Dämpfungszone wurde als durch einen Flüssigkeitserguss ober- oder unterhalb des Diaphragma bedingt angesehen. Eine im 7. Intercostalraum vorgenommene Punction entleerte ca. 100 gr. einer dunkelbraunen Flüssigkeit, in der Blutkörperchen, Eiter, nadelförmige Krystalle, Bacterien, aber keine Hakenkränze nachgewiesen wurden. 6 Tage später Tod. Die Autopsie ergab eine Echinococcuscyste von ungefähr Mannskopfgrösse, die einen grossen Theil der Leber einnahm und nach oben perforirt war. Dadurch hatte sich eine rechts durch das Lig. suspens., links durch peritonitische Schwarten abgegrenzte Flüssigkeitsansammlung zwischen Leberoberfläche und Diaphragma, letzteres bis zur 3. Rippe in die Höhe drängend, gebildet. Zahlreiche peritonitische Adhaesionen zwischen der Leber und den Nachbarorganen. Der von der Geschwulst nicht eingenommene Theil der Leber durchsetzt mit kleinen, dem Verlauf der Gallengänge folgenden Abscessen. Fall 2 betrifft einen Mann von 37 Jahren, der die ersten Anfänge seines Leidens drei Jahre zurückdatirte. Bei der Aufnahme ins Hospital war der Kräftezustand und das Allgemeinbefinden ein gutes; es bestand Icterus mässigen Grades. Die Lebergegend war durch eine, in der Tiefe Fluctuation zeigende Geschwulst stark vorgewölbt. Kein Hydatidenschwirren. Der Höhendurchmesser der Geschwulst in der rechten Mamillarlinie 27 cm. Druck auf die Geschwulst verursachte keine Schmerzen. Durch Punction wurden 750 gr einer braunen, opaken Flüssigkeit entleert, in der zahlreiche Hydatidenmembranen schwammen. Die mikroscopische Untersuchung ergab die Gegenwart der charakteristischen Hakenkränze. Die Punktion musste, da die Geschwulst rasch wieder zunahm, im Laufe eines Monats 4 mal wiederholt werden. Nach der letzten Punktion wurde eine schwache Jodlösung eingespritzt. Da auch dies ohne dauernden Erfolg blieb und der Kräftezustand des Kranken sich verschlechterte, wurde nach der 5. Punktion die Oeffnung durch Laminaria erweitert, eine Kautschukröhre eingelegt, und

die Höhle durch eine leichte Carbollösung ausgespült. Das Ende der Röhre tauchte in eine, am Fussende des Bettes aufgestellte Schale. Als der Kranke aufstehen konnte, wurde das Röhrenende mit einer in der Tasche zu tragenden Flasche verbunden. Die Verkleinerung der Cyste ging jetzt rasch vor sich, so dass die Röhre nach 6 Wochen entfernt werden konnte. Nach 3 Monaten bestand noch ein 8 cm tiefer, nur für eine Sonde durchgängiger Fistelgang.

R. benutzte den vorliegenden Fall, um die Behauptung von Murchisson, Charcot u. A., dass die Leber bei der Bildung des Harnstoffs eine Hauptrolle spiele, auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Eine beigegebene Kurve der täglichen Harnstoffausscheidung gibt die Resultate seiner Untersuchungen. Aus derselben geht hervor, dass „jede Punktion von einer Vermehrung der Harnstoffausscheidung gefolgt ist und zwar ist dieselbe um so grösser, je grösser die Quantität der durch den Troicart entleerten Flüssigkeit ist“. R. glaubt, dass durch die jedesmalige Entleerung des Cysteninhalts die Leber von dem auf ihr lastenden Druck befreit, die Circulation von Blut und Galle und damit die functionelle Thätigkeit der Leber erleichtert wird. Da nun nach jeder Punction die Harnstoffausscheidung bedeutend stieg, so zweifelt R. nicht an der Richtigkeit der Murchisson'schen Theorie.

Brockhaus (Godesberg).

---

151. **Dr. R. Hausmann** (Meran), **Zur Therapie mittelst Inhalations-Respirators.**

Verf. hat einen sehr einfachen Inhalations-Respirator construirt, welcher vor anderen Vortheil darin biete, dass er ein geringes Gewicht hat und seiner Form wegen auch auf der Strasse getragen werden kann. Als Medicamente zur Inhalation hat Verf. benuzt 1. gereinigten Holztheer, 2. Unguentum picis (2 : 4), 3. Carbolsäure 5, 8, 10 %, 4. Terpentinöl; alle diese Medicamente in die Kapsel gebracht. Dauer der Anwendung täglich vier bis fünf Stunden. Sowohl für die Behandlung der Phthise als der Bronchiectasie wird von der Anwendung der Carbolsäure, der Theerpräparate und des Terpentins günstige Beeinflussung des Auswurfs berichtet.

Finkler.

---

152. **Gingeot, Considérations sur un cas de rage humain traité par le hoàng nàn.** Bemerkungen über einen, mit Hoàng Nàu behandelten Fall von Lyssa. (L'Un. méd. No. 44.)

G. behandelte einen Fall von Lyssa in der im Orient gebräuchlichen Weise mit Hoàng-Nàu in Pillenform (in jeder Pille 1 cgr des

pulverisirten Mittels). Da die Pillen ausgebrochen wurden, versuchte er subcutane Injectionen einer 10% Lösung des Pulvers, doch war der Collaps schon zu weit vorgeschritten und nach der zweiten Injection starb der Kranke. Dieser Misserfolg darf nach G. nicht vor weiteren Versuchen abschrecken, da das Mittel, welches nicht direkt beschafft werden konnte, überhaupt erst in einem spätern Stadium der Krankheit und dann anfangs in der sehr unzweckmässigen Pillenform angewandt wurde. G. empfiehlt, wässerige, 10% Lösungen des Extractes möglichst frühzeitig zu injiciren, und die Injectionen in kurzen Zwischenpausen zu wiederholen, bis allgemeines Uebelbefinden und clonische Krämpfe der Kaumuskeln eintreten.

Brockhaus (Godesberg).

---

153. **Prof. A. Cantani, Versuche mit Schwefelwassertoff bei Tuberculose.** (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882. No. 16.)

Unter der Reihe von Desinfectionsmitteln, welche gegen Tuberculose auf Verf.'s Klinik in Anwendung gebracht worden sind, befindet sich auch der Schwefelwasserstoff, welcher den tuberculösen Kranken zum Theil innerlich als Schwefelwasserstoffwasser, hauptsächlich aber auf dem Wege der Inhalation beigebracht wird. Die bisherigen Resultate muntern zur Fortsetzung auf. Der Schwefelwasserstoff wird von den Kranken gut ertragen. Die bis jetzt auf diese Art behandelten Kranken sind gewöhnlich nach einigen Tagen fieberfrei geworden. Der locale Process hat während der Behandlung augenscheinlich nicht zugenommen, der Auswurf wird geringer.

Kopp.

---

154. **Dr. Fr. Ziehl, Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme mit gleichzeitiger Erkrankung der Mundschleimhaut.** (Aus der med. Klinik in Heidelberg. D. med. Wochenschrift 1882. Nr. 24.)

Die Erkrankung verlief in drei Stadien, 1. Stadium der Prodrome mit intermittirendem Fieber, Schmerzen in Fussgelenken und im Halse, 2. Stadium der Eruption und Acme dreitägige Dauer, 3. Stadium der Defervescenz mit lytischem Charakter. Die Ursache wird auf Infection bezogen. Von besonderem Interesse ist die Betheiligung der Mundschleimhaut. Dieselbe ist abgesehen von der Angina von grosser

Mannichfaltigkeit ebenso wie die Form des Exanthems der äusseren Haut. Einfache hyperämische Flecken, kleine Haemorrhagieen, kleine Knötchen und grosse Knoten.

Anschliessend liefert Ziehl eine kritische Uebersicht der beschriebenen einschlägigen Fälle.

Finkler.

---

155. **Dr. Valentiner** (Ober-Salzbrunn), **Ueber die Ausscheidung kleiner alter Exsudatreste durch Cutis und Epidermis in Form von Hautentzündungen und local begrenzten Exanthemen.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1882. Nr. 24.)

Verf. bringt die Entzündungen und Furunkelbildung oberhalb vorher erkrankter tieferer Partieen mit diesen in Zusammenhang. Er führt Krankengeschichten an, bei denen Perityphlitis, Otitis media, Pleuritis, retropharyngeale Entzündung, Entzündungen im alveolus Furunkulose und Exantheme der darüber liegenden Haut nach sich zogen und ist geneigt, aus solchen entleerte Pröpfe direct von der ursächlichen Erkrankung abzuleiten, indem gewissermassen durch willkührliche Massage, Puls etc. solche Producte nach aussen geliefert werden.

Finkler.

Hierdurch beehren wir uns anzuzeigen, dass das

Centralblatt für Klinische Medicin

von Nr. 12 ab im Verlage der **Herren Breitkopf & Härtel in Leipzig** erscheint.

Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben

von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 12. **Sonnabend, den 1. Juli.** **1882.**

156. **Ludwig Lemmer.** Über den Werth der animalen Vaccine im Vergleich zur humanisirten, mit besonderer Berücksichtigung des Pissin'schen Verfahrens. Eine kritische Studie.

(Eulenberg's Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen Bd. 36. Hft. 2. p. 272—293.)

Verf. spricht sich aus den bekannten Gründen für die allgemeine Einführung der animalen Lymphe aus. Er schlägt die Errichtung großer Centralinstitute für Beschaffung der Lymphe vor, deren im deutschen Reich etwa 12—13 nöthig sein würden. Die Baulichkeiten, Beamtengehälter, Leih- und Futterkosten für 400 Kälber etc. würden für jede Anstalt 30 000 Mark, im ganzen Reich also 360 000 Mark erfordern, welche Belastung des Reichsbudget Verf. nicht für eine zu hohe für den guten Zweck hält. Geimpft soll nur im Frühjahr und Herbst werden, da im hohen Sommer die Lymphe leichtem Verderben ausgesetzt ist. Um vollständige Sicherheit gegen Übertragung etwaiger Thierkrankheiten zu gewähren, sollen zur Im-

pfung nur Schlachtthiere verwendet und mit der gewonnenen Lymphe erst dann Menschen geimpft werden, wenn sich nach dem Schlachten der Thiere ihre vollständige Gesundheit herausgestellt hat.

Verf. zieht den zahlreichen von ihm angeführten Methoden der Kälberimpfung und Lymphabgabe die Pissin'sche vor, welche annähernd gleich sichere Resultate, wie die Impfung mit humanisirter Lymphe erziele. Die Methode ist folgende: P. schabt die Pustelmasse von ihrer Basis ab, streicht sie in ein Uhrschälchen, das auf 8 bis 10 Pocken 6 Tropfen Glycerin und 6 Tropfen $^1/_2$ %iges Salicylwasser enthält, mischt gut, lässt einige Stunden stehen und füllt dann den klaren Glycerinauszug auf verschieden große Kapillaren. Verf. empfiehlt aus praktischen Gründen die Verwendung reinen Glycerins ohne Wasser zur Auflösung der Lymphe.

Die mit dieser Lymphe erzielten Erfolge werden durch Tabellen veranschaulicht: Pissin erzielte selbst oder unter seiner Aufsicht gemachte Impfungen 98 % Erfolge bei Erstimpfungen, 97,3 % bei Revaccinationen; andere Ärzte, welche, wie vorausgesetzt wird, nicht die strikte Technik in der Gewalt hatten oder mit nicht mehr ganz frischer Lymphe impften, 86,8 % resp. 59,3 %. Verf. resümirt den Inhalt seiner Arbeit mit folgenden Worten: er findet erwiesen, dass die humanisirte Vaccine der animalen nur in einem Punkte überlegen ist, sie bewahrt ihre volle Wirksamkeit länger, aber auch die animale, speciell der Pissin'sche Glycerinauszug, leistet schon heute wirklich das, was praktisch verlangt werden muss. In allem Anderen ist die animale Vaccine gleichwerthig oder überlegen; vor Allem kann nur sie eine gute Administration des Impfgeschäfts ermöglichen und vollkommen Garantie gewähren gegen jede Impfschädigung durch die Lymphe. Die immer gerühmte größere Billigkeit der humanisirten Lymphe hält der Kritik nicht Stand. Die Schutzkraft der Impfung gegen Variola nach Zeitdauer und Umfang, so wie nach ihrer Abhängigkeit von der Art der verwendeten Lymphe ist ein ungelöstes Problem; zur Entscheidung bedarf es einer gründlichen mit der Organisation des ärztlichen Standes und der öffentlichen Gesundheitspflege verbundenen Reform der Statistik und des Experiments.

Leo (Bonn).

---

157. **Baelz** (Tokio). Über das Verhältnis der multiplen peripherischen Neuritis zur Beriberi (Panneuritis endemica).

(Zeitschrift für klin. Medicin 1882. Bd. IV. p. 616.)

B. sucht an der Hand einer großen Anzahl von Beobachtungen, die er in Japan zu machen Gelegenheit hatte, nachzuweisen, dass das scharf umschriebene Krankheitsbild, das durch Erkrankung zahlreicher peripherischer Nerven charakterisirt ist und in letzter Zeit allgemein die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gelenkt hat, identisch sei mit dem in manchen Ländern endemischen und zur

Landplage gewordenen Beriberi (dem Kukke der Japaner) und nur sporadische Beispiele dieser Krankheit darstelle. B. definirt die Kukke als miasmatische der Malaria nahestehende Infektionskrankheit mit Lokalisation in den peripherischen Nerven. Ihrer Natur nach ist diese Nervenaffektion eine echte Neuritis mit Degeneration der Fasern, analog derjenigen, wie man sie bei peripheren Lähmungen findet.

Die Symptome weisen hin auf ein gleichmäßiges Ergriffensein der motorischen, sensibeln und der Gefäßnerven, Affektion der Gehirnnerven bei gleichzeitigem Intaktbleiben der eigentlichen Hirnthätigkeit; Freibleiben der Blase und des Mastdarms, bei stärkster Lähmung und Atrophie der Extremitäten. Die Sehnenreflexe fehlen, elektrisches Verhalten entspricht dem bei peripheren Lähmungen. Die pathologisch-histologische Untersuchung hat die Ansicht gerechtfertigt, dass die peripheren Nerven Sitz dieser Krankheit sind.

B. schlägt für diese Krankheit die Bezeichnung Panneuritis endemica vor, oder auch Neuritis multiplex endemica. Auffallend ist, dass diese in Indien und Japan endemische Krankheit in Europa nur ganz vereinzelt beobachtet wird; eben so auffallend, dass sich die Europäer in Japan einer unerklärlichen Immunität gegen Beriberi erfreuen, während die Japaner die Disposition dazu überall hin mitnehmen. Ob und welchen Einfluss in Europa die klimatischen Verhältnisse auf die entsprechende Krankheit haben, ist bis jetzt noch nicht hinlänglich studirt. **Engesser** (Freiburg i/B.).

---

158. P. J. Möbius. Über die primären chronischen Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates.

Leipzig, 1882.

Die als progressive Muskelatrophie, hereditäre Atrophie, Pseudohypertrophia muscularis, progressive amyotrophische Bulbärparalyse, amyotrophische Lateralsklerose bekannten Krankheiten bilden nach Verf. eine nosologische Gruppe, deren Glieder gemeinsame anatomische und klinische Merkmale tragen und durch Übergangsformen aufs engste verknüpft seien. Sie seien sämmtlich primäre chronische Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates, Systemerkrankungen, und seien nur dadurch unterschieden, dass bei den verschiedenen Erkrankungsformen verschieden große Abschnitte des motorischen Hauptsystems erkrankt seien. Alle diese Erkrankungen — progressive Muskelatrophie im weiteren Sinne — bringt Verf. in folgendes Schema:

1) Atonische progressive Muskelatrophie. a) Einfache oder periphere Form (Degeneration der Muskeln eventuell der Nerven): α) einfache progressive Muskelatrophie der Erwachsenen, β) hereditäre progressive Muskelatrophie mit oder ohne Lipomatose. b) Centrale Form (Degeneration der Muskeln, Nerven, der vorderen grauen Substanz und eventuell der Pyramidenbahnen): α) spinale Form, β) bulbäre Form, γ) bulbospinale Form.

2) Spastische progressive Muskelatrophie (Degeneration der Muskeln, Nerven, der vorderen grauen Substanz und der Pyramidenbahnen), a) spinale Form, b) bulbospinale Form.

Anatomisch bestehe der Unterschied dieser Erkrankungen unter einander nur in der Grenze ihrer Ausbreitung, dagegen nicht in der Qualität des pathologischen Processes noch in der Art seiner Ausbreitung. Stets handele es sich um degenerative Atrophie, und immer zweifelloser werde es, dass eine Trennung zwischen einfacher Atrophie, fettiger Atrophie und Sklerose willkürlich sei. Systematisch im strengsten Sinne seien sie vielleicht nicht, denn in der Regel lägen Mischformen systematischer und asystematischer Degeneration vor. Die Läsionen seien ferner symmetrische. Die Ausbreitungsweise des Processes anlangend, so sei in der Erkrankung der einzelnen homologen Systeme keine bestimmte Folge zu erkennen, und weiter erscheine es am natürlichsten anzunehmen, dass die erkrankten Abschnitte in toto degeneriren, dass die einzelnen Theile des Systems in gleichwerthiger Weise erkranken. Der Unterschied zwischen den einzelnen Erkrankungsformen bestehe nur in der Grenze der Ausbreitung des Processes: derselbe breite sich immer von unten nach oben hin aus (nur anatomisch, nicht im Sinne der Bewegung), so dass der unterste Abschnitt des Systems, die Muskeln, stets erkrankt gefunden würden, dagegen primäre Degeneration, welche sich auf die cerebralen oder spinalen Bahnen beschränkten, nicht vorkämen.

Klinisch bestehe die Übereinstimmung zunächst darin, dass das dominirende Symptom die Muskelatrophie sei, und dieselbe habe überall denselben Charakter. Ferner sei die elektrische Reaktion überall dieselbe: die faradische Erregbarkeit der kranken Muskeln sei erhalten und werde nur in dem Maße geringer, als der Querschnitt des Muskels sich durch die Atrophie verkleinere; die galvanische Reaktion sei in der Regel normal, doch kämen qualitative Änderungen vor und zwar wieder in gleicher Weise bei allen Formen der progressiven Muskelatrophie. Alle Formen haben ferner einen progressiven Verlauf, der unaufhörlich bis zum Tode des kranken Individuums fortschreite. Die Poliomyelitis gehöre nicht hierher, sie werde durch den Charakter der Atrophie und des Verlaufs scharf abgetrennt.

Lüderitz (Berlin).

---

159. **Emile Demange.** Chute spontanée des dents et crises gastriques et laryngées chez les ataxiques. Ausfallen der Zähne und gastrische und laryngeale Krisen bei Atactischen.

(Revue de méd. 1882. No. 3.)

Bei 2 männlichen Tabetischen — mit hochgradiger Ataxie, heftigen lancinirenden Schmerzen, ausgedehnter Anästhesie, in dem einen Fall zugleich mit gastrischen und laryngealen Krisen — beobachtete D. ein Ausfallen der Zähne ohne Caries und ohne Schmer-

zen als Symptom der Tabes. In dem einen Falle waren im Laufe von 2 Monaten sämmtliche Zähne des Oberkiefers ausgefallen, Pat. hatte nur zeitweise im Gesicht geringe blitzartige Schmerzen gehabt. Zugleich bestand komplete Anästhesie und Analgesie am ganzen Gesicht mit Ausnahme der Kinngegend, an beiden Konjunktiven, der Nasen- und größtentheils auch der Mundschleimheit. Bei der Autopsie fanden sich, außer dem gewöhnlichen Befund am Rückenmark, entsprechende Veränderungen an den Med. obl.: die Kerne des Glossopharyngeus, Vagus, Accessorius, der Kern der Corpora restiformia, die Substantia gelatinosa Rolandi, die aufsteigende Wurzel des Trigeminus, die Corpora restiformia, der graue Boden des 4. Ventrikels sklerosirt, beide Nn. trigemini an der Hirnbasis nahe dem Pons ebenfalls sklerosirt und ein großer Theil ihrer Nervenfasern geschwunden. Im zweiten Falle fielen dem Pat. binnen eines Monats ohne irgend welche Schmerzen sämmtliche Zähne der linken Hälfte des Oberkiefers aus. Im ganzen Bereich des linken N. trigeminus, an der Haut und den Schleimhäuten, bestand Anästhesie für Berührung und hochgradige Analgesie. Die Autopsie ergab, abgesehen von der Spinalaffektion: Beide Nn. trigemini, besonders der linke mit dem entsprechenden Ganglion Gasseri, an ihrer Austrittsstelle neben dem Pons atrophisch; im Zusammenhang mit der Hinterstrangsklerose dieselbe Veränderung am Boden des 4. Ventrikels; besonders im Niveau der Kerne der Corp. restiformia, der Substantia gelatinosa Rolandi und der aufsteigenden Trigeminuswurzel ausgeprägte Sklerose, die Nervenzellen daselbst stark verkleinert.

Lüderitz (Berlin).

---

160. J. Parrot. De la dislocation des os du crâne dans la méningite chez les enfants. Über die Dislokation der Schädelknochen bei der Meningitis der Kinder.

(Revue de méd. 1882. No. 2.)

In zwei Fällen von tuberkulöser Meningitis, welche bei Kindern von 8 Monaten bez. von 2 und 3 Jahren rapid innerhalb 24 Stunden bis 8 Tagen zum Tode geführt hatte, ergab die Sektion außer erheblichem meningealen Exsudat mit Abplattung der Hirnwindungen ein Klaffen der Schädelnähte. In dem einen Falle fand sich zugleich ziemlich beträchtlicher Hydrocephalus externus und internus. Ergriffen waren die Sutura coronalis, sagittalis, lambdoidea, besonders die beiden ersteren, und es betrug die Entfernung der Knochenränder stellenweise mehr als 3 mm. Die Lücken waren mit blutiger Flüssigkeit ausgefüllt.

Die Ursache dieser Erscheinung ist in mehreren Momenten zu suchen. Erstens ist wichtig die theils vom Exsudat, theils von der entzündlichen Infiltration der Nervensubstanz, in dem einen Falle auch von der Hydrocephalie herrührende Gewichtszunahme des Gehirns; Verf. fand das Gehirn der drei Kinder um 78—110 g schwerer

als das gesunde Gehirn von drei anderen gleichaltrigen Kindern. Zweitens ist die Raschheit der Entwickelung zu betonen. Endlich ist das Alter von Wichtigkeit: Die Suturen sind nicht mehr, wie bei Neugebornen, von einer dehnbaren Membran ausgefüllt und setzen andrerseits auch nicht den Widerstand wie der Schädel eines Erwachsenen entgegen. **Lüderitz** (Berlin).

---

161. J. Déjérine. Sur une forme particulière et curable de myelite centrale diffuse chronique. Über eine besondere heilbare Form von centraler Myelitis.

(Revue de méd. 1882. No. 4.)

D. theilt folgende Fälle mit:

1) Bei einem 56jährigen, bisher stets gesunden und auch hereditär nicht belasteten, Hausknecht entstand ohne bekannte Ursache ganz allmählich im Laufe von 9 Monaten eine hochgradige Schwäche und starke Abmagerung sämmtlicher Körpermuskeln, das Gesicht ausgenommen. Am meisten ergriffen war der linke Arm, an den Beinen der linke Oberschenkel etwas mehr als der rechte. Pat. konnte nur mit großer Mühe sich aufrichten, er ging breitbeinig, langsam und schleifend, die Bewegungen der Arme waren äußerst unvollkommen. Die Atrophie war ziemlich gleichmäßig, so dass abnorme Stellungen der Glieder fehlten. Die Lähmung war stärker, als der Atrophie entsprach. Bei Bewegungen, aktiven oder passiven, entstanden Kontrakturen, häufig auch Tremor so wie fibrilläre und fascikuläre Muskelzuckungen; Sehnenreflexe und mechanische Muskelerregbarkeit waren beträchtlich gesteigert. Faradische Kontraktilität minimal herabgesetzt, galvanische unversehrt, elektrische Muskelsensibilität stark vermindert. Gleichzeitig zeigte sich die Sensibilität für Tast-, Druck- und Kitzelempfindungen überall, mit Ausnahme des Kopfes, erloschen; schmerzhafte Eindrücke wurden nur als Berührungen und erst nach einigen Sekunden gefühlt, übrigens gut lokalisirt; Temperatureindrücke dagegen wurden richtig erkannt. Hautreflexe erloschen. Keine Spur von Ataxie. Sphinkterenthätigkeit ungestört. An der Haut, außer einer beim Bloßlegen leicht auftretenden bläulichen Verfärbung, nichts Abnormes. Die übrigen Organe gesund. Dieser Zustand blieb 6 Monate unverändert, dann trat, ohne dass der in der Darreichung von Jodkalium und täglicher Faradisirung der Muskeln bestehenden Behandlung irgend ein Einfluss vindicirt werden konnte, äußerst langsam ein allmählicher Rückgang der Symptome ein. Ziemlich gleichmäßig schwanden im Verlauf von 11 Monaten alle abnormen Erscheinungen, und Pat. konnte — nach einer Krankheitsdauer von 30 Monaten — mit kräftiger Muskulatur, ganz wiederhergestellter Körperkraft und Sensibilität, völlig gesund entlassen werden.

Der 2. Fall betraf einen 43jährigen Steinmetz, bei welchem die Anamnese ebenfalls gar keine ätiologischen Anhaltspunkte ergab. Die Krankheit begann mit Formikationen und Taubheitsgefühl in sämmtlichen Fingern, welche Empfindungen stärker wurden und sich an den Armen aufwärts immer weiter ausbreiteten, zugleich mit zunehmender Schwäche der Arme und Steifigkeit derselben nach Bewegungen. $2^1/_2$ Monate später erkrankten in ähnlicher Weise die Beine. 4 Monate nach Beginn der Krankheit ergab die Untersuchung des noch ziemlich kräftig aussehenden Mannes: Mäßige aber deutliche und ziemlich gleichmäßig verbreitete Atrophie der Muskeln beider Arme, undeutliche an den Beinen. Motorische Kraft an Armen und Beinen, besonders an ersteren, ziemlich erheblich herabgesetzt, viel stärker alterirt, als dem Grade der Abmagerung entsprach. Auch die Rumpfmuskulatur deutlich schwächer als normal. Ganz breitbeinig. Nach mäßiger Muskelanstrengung bereits starke Ermüdung, dazu Steifigkeit, fibrilläre und fascikuläre Muskelzuckungen. Mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Sehnenreflexe gesteigert. Faradische Kontraktilität normal in fast allen kranken Muskeln, nur in einigen leicht vermindert, galvanische normal. Elektrische Sensibilität der Muskeln stark vermindert. Die Empfindung von Tast- und Temperatureindrücken an den Händen erloschen, weiter aufwärts weniger alterirt, von den Ellbogen ab normal. Dessgleichen erloschen an den Füßen und Oberschenkeln, weniger alterirt an den Unterschenkeln. Auch die Schmerzempfindlichkeit war entsprechend gestört. Hautreflexe von der Planta aus fehlten. An den übrigen Organen nichts Abnormes. Die Therapie bestand auch hier in täglicher Faradisirung der kranken Muskeln. 2 Monate blieb der beschriebene Zustand stationär, dann trat wie im 1. Falle, ganz allmähliche Besserung ein, welche in 4 Monaten — nach einer Krankheitsdauer von 10 Monaten — zu völliger Restitutio in integrum führte.

In beiden Fällen lautete die Anfangs gestellte Diagnose auf eine das Rückenmark im ganzen Verlauf betreffende Myelitis centralis diffusa chronica, welche in den Vorderhörnern (Atrophie), den Pyramidenbahnen (relativ starke Lähmung im Vergleich zur Atrophie, Kontrakturen, Reflexzittern, erhöhte Sehnenreflexe) und der grauen periependymären Substanz (Sensibilitätsstörung) lokalisirt sein sollte. Da jedoch der Verlauf ganz wider Erwarten zur Besserung und völligen Heilung führte, hält Verf. die Diagnose einer mit dem gewöhnlichen pathologisch-anatomischen Befunde gedachten Myelitis nicht mehr aufrecht, während die Betreffs der Lokalisation gemachte Annahme natürlich dieselbe bliebe. Verf. vergleicht das in den beiden Fällen geschilderte Krankheitsbild mit den bisher bekannten, von den Autoren beschriebenen Affektionen und sieht es als eine neue, pathologisch-anatomisch noch unklare, Myelitis-Form an.

Lüderitz (Berlin).

---

162. A. Vulpian. Observations de tabes avec phénomènes epileptiformes pendant les premières périodes de l'affection. Beobachtungen über Tabes mit epileptiformen Erscheinungen in den ersten Perioden.

(Revue de méd. 1882. No. 2.)

Verf. theilt als Tabes dorsalis einen durch mehrere Jahre beobachteten Krankheitsfall mit, bei welchem die für Tabes typischen Symptome erst am Ende dieser Zeit, nachdem eine Reihe anderer sehr auffälliger Erscheinungen dagewesen waren, in den Vordergrund traten. Das Wichtigste der sehr ausgedehnten Krankengeschichte ist Folgendes.

Der Fall betraf einen 27jährigen Mann, bei dem außer einer Sehstörung auf dem linken Auge die in Folge eines Traumas seit dem 10. Jahre bestand, anamnestisch nur bemerkenswerth war, dass er seit 9 Jahren etwa alle 2 Monte an einer 3- bis 4tägigen Diarrhoe litt. Sonst war er stets gesund und kräftig gewesen bis zu der im April 1879 beginnenden Krankheit, die ihn im Oktober desselben Jahres der klinischen Beobachtung zuführte.

In den ersten Jahren der Krankheit traten Symptome in den Vordergrund, welche die Diagnose auf Tabes sehr zweifelhaft machten. Nämlich:

1) Beginn der Krankheit April 1879 mit kurzdauerndem Bewusstseinsverlust. Im folgenden Mai kurzdauernde (5 Minuten) Lähmung der rechten Gesichtshälfte und der Zunge, ohne Schwindel. November 1879 wiederum Verlust des Bewusstseins, seitdem sehr häufige mit Röthung des Gesichts einhergehende Kopfschmerzen. Ende November Bewusstlosigkeit mit sensibler Aura (Kribbeln in den Extremitäten) und Strangulationsgefühl. December 1879 Bewusstseinsverlust mit Konvulsionen und rechtsseitiger Hemiplegie, die in 8 bis 10 Tagen zurückging. März 1880 noch einmal leichter Bewusstseinsverlust; seitdem blieb Pat. frei davon, auch die Kopfschmerzen hörten auf.

2) Vom März bis November 1881 häufige konvulsivische Hustenanfälle mit Strangulationsgefühl, starker Röthung des Gesichts, großer Hinfälligkeit, mitunter folgendem Erbrechen (Crises laryngées). Diese Anfälle Anfangs in Intervallen von einigen Tagen, im Juni und Juli täglich und öfter.

3) Im Januar 1881 mehrere Wochen hindurch Crises gastriques, besonders charakterisirt durch Erbrechen. Die erwähnte Diarrhoe wurde seltener.

4) Bei der Aufnahme des Kranken deutliche motorische Schwäche ohne eigentliche Ataxie. Allmählich trat diese Schwäche besonders stark in einigen Muskelgebieten, speciell den Adduktoren beider Oberschenkel, hervor. Lokale Faradisirung brachte eine Zeit lang erhebliche Besserung. Daneben zunehmendes Zittern der Arme und noch mehr der Beine bei Bewegungen. Später bedeutende

Kontrakturen an beiden Beinen, besonders an den Zehen und Füßen, wie bei Lateralsklerose.

5) Temporäre vasomotorische Störungen: das rechte Bein häufig röther gefärbt als das linke.

6) Schmerzen in den Knien und Hüften, nachweisbaren Hydarthros in den Kniegelenken und deutliches Krachen bei Bewegungen.

Andere Symptome jedoch als die genannten und besonders der Gang der Affektion wiesen auf eine Sklerose der Hinterstränge hin. Gleichzeitig nämlich mit den genannten Symptomen, welche im weiteren Verlauf wieder verschwanden, zeigte Pat. seit Beginn der Beobachtung ein Fehlen der Patellarreflexe, erloschenen Geschlechtssinn, häufige Gürtelschmerzen, Herabsetzung der Sensibilität für Tast- und Schmerzempfindungen an den Beinen, weniger an den Armen. Dazu kamen später blitzartig in die Beine schießende Schmerzen, so wie deutliche Ataxie. Status Ende 1881: große Schwäche der Beine, geringere der Arme. Nur selten leichte Kontrakturen der Beine. Gehen unmöglich. Im Bett leidliche Beweglichkeit der Beine, aber mit dem Charakter typischer Ataxie. Keine Schmerzen. Urinexkretion erschwert. Diarrhoe seltener als früher. Keine laryngealen und gastrischen Krisen.

Lüderitz (Berlin).

---

163. **Oscar Silbermann** (Breslau). Zur Lehre vom Asthma dyspepticum der Kinder.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 23.)

Verf. veröffentlicht 3 Fälle von Asthma dyspepticum im kindlichen Alter. In Fall I handelt es sich um ein kräftig entwickeltes Kind von 13 Monaten, das eine jagende dyspnoetische Respiration (70 in der Minute) zeigte, und stark cyanotisch war. Puls 160, fadenförmig; äußerster Kollaps. Die Untersuchung der Brust und Bauchorgane ergab fast normale Verhältnisse, für die bedrohlichen Erscheinungen ließen sich keine positiven Anhaltspunkte gewinnen. Gegen Morgen des folgenden Tages erbrach das Kind heftig, die jagende Respiration hörte damit auf, fiel auf 28 in der Minute, die Cyanose verschwand, und in 2 Tagen war das Kind vollständig gesund.

Fall II betrifft ein 6monatliches Kind. Das Kind hat ein weiches Ei gegessen, sich eine Indigestion dadurch zugezogen, sehr unruhig geschlafen, schwer geathmet, und gegen Morgen gebrochen. Das Kind ist im Gesicht stark cyanotisch, athmet sehr frequent (60 pr. M.), und hat 120 Pulse in der Minute. Brust und Unterleibsorgane sind völlig normal. Als Excitans wird Camph. mit Benzoe, gegen das Erbrechen Bromkali mit Zinc. valerian. verordnet. Das Kind erbricht zu wiederholten Malen die Eireste aus, in der folgenden Nacht schläft es gut, und am nächsten Morgen ist es wieder vollständig gesund.

Zuletzt berichtet Verf. von einem 8jährigen Mädchen, das nach einer Indigestion zu Mittag am Abend über Kopf- und Magenschmerzen klagte und zu wiederholten Malen erbrach. Verf. sah die Pat. Nachts 11 Uhr, fand den Puls abnorm beschleunigt 160, fadenförmig rhythmisch und theilweise intermittirend. Die Magengegend ist etwas aufgetrieben, und auf Druck etwas empfindlich, Respiration 28, keine Cyanose, Temperatur 37,6. Gegen Morgen 5 Uhr sah Verf. die Pat. wieder und hatte die Situation sich gewaltig geändert. Das Mädchen zeigte eine jagende Respiration (60 in der M.), starke Dyspnoe, bedeutende Cyanose, kühle Unterextremitäten, und Verf. erkannte aus dem großblasigen Rasseln über den ganzen Thorax verbreitet, Lungenödem. Die Temperatur betrug 37,10. Um 10 Uhr erbricht das Kind bedeutende Mengen von Speiseresten, die vorzugsweise aus Kartoffeln bestehen. 9 Uhr Abends ist P. leidlich wohl, und nach 2 Tagen vollständig wieder hergestellt.

Verf. referirt dann kurz über die 4 Fälle Henoch's, und weist auf die fast völlige Übereinstimmung in den hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen hin. Hinsichtlich der Differenzen verweise ich auf das Original.

Nach Henoch handelt es sich beim Asthma dyspepticum um einen vasomotorischen Krampf in den kleinen Arterien, in Folge eines vom Magen ausgehenden Reflexreizes. Daher die Kälte der Extremitäten, der unfühlbare Puls, Stauung im Venensystem und im rechten Herzen, Cyanose, Anhäufung von Kohlensäure im Blute, und dadurch sei die frequente dyspnoetische Respiration bedingt. Verf. glaubt nun vorzugsweise gestützt auf seine 3. Beobachtung annehmen zu können, dass das Asthma dyspepticum durch eine beginnende Lähmung der hemmenden Vagusfasern wie des Herzens zu Stande komme. Hierdurch wurde trotz der bedeutend beschleunigten Herzaktion die Entleerung des Ventrikel, vor Allem des linken erschwert, es musste zur Überfüllung des kleinen Kreislaufes und der rechten Herzhälfte kommen, das Blut wurde schnell mit CO^2 überladen und Cyanose, Dyspnoe, Asthma etc. finden eine vollkommen ausreichende Erklärung. Zur Entstehung des Lungenödems bedarf es einer totalen Lähmung, oder lähmungsartiger Schwäche des linken Ventrikels.

Kohts (Straßburg).

---

164. Roth (Wien). Beitrag zur Lehre der akuten Larynxstenosen bei Kindern.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Hft. 7 und 8.)

Akute Kehlkopfstenosen werden hervorgebracht:

1) Durch akut entzündliche Processe auf und in der Kehlkopfschleimhaut (katarrhalische und exsudative entzündliche Processe).

2) Entzündliche Processe in der nächsten Umgebung. Retropharyngealabscesse. Entzündung und Vereiterung von Lymphdrüsen. der Schild- und Thymusdrüse.

3) Nervöse Störung, Spasmus glottidis und Lähmung der Glottiserweiterer.

4) Fremdkörper jeder Art.

Verf. fordert dringend zum Gebrauche des Spiegels bei Kindern auf und versichert, dass bei einiger Übung die Untersuchung fast stets gelinge. Folgender Fall dient als Beleg dafür:

6jähriger Knabe vor 8 Tagen mit Heiserkeit erkrankt, in den letzten Tage exquisite Stenosenerscheinungen, Stritor, Einziehungen, kroupartiger Husten. Bei der laryngoskopischen Untersuchung lässt sich an den Stimmbändern etwas Abnormes nicht konstatiren. Beim Einblick in den subchordalen Raum aber zeigen sich zwei von den Seitentheilen symmetrisch ausgehende intensiv rothe Wülste, welche vorn und hinten sich berührend, in der Mitte nur eine ganz enge Spalte zurücklieBen. Es handelte sich um einen intensiven Katarrh des subchordalen Abschnittes der Kehlkopfschleimhaut. Im Pharynx nichts Abnormes, kein Fieber, was schon von vorn herein gegen Croup sprach. Der Knabe genas; die Behandlung bestand in Eis, äußerlich Einreibungen von grauer Salbe zweimal täglich auf die Kehlkopfgegend und innerlich Inf. ipecac. 0,3 : 100. mit 1,0 Kal. jodat.

Kohts (Straßburg).

---

165. S. Neumann (Wien). Beitrag zur Lehre von den Tracheo-Bronchostenosen im Kindesalter.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 20 und 21.)

Ein 4jähriges kräftiges Kind wurde mit schweren stenotischen Erscheinungen auf die Schrötter'sche Klinik gebracht. Die Athembeschwerden bestanden nach der Angabe der Eltern schon seit Monaten, waren aber in letzter Zeit mit dem Auftreten eines starken Hustens heftiger geworden und Nachts traten regelmäßig Erstickungsanfälle auf. Kopf stark nach rückwärts gezogen, Athem geräuschvoll, stridulös. Stridor In- und Exspirium begleitend, Respirationsexkursionen des Larynx sehr gering, starke Einziehungen. Stimme rein, klangvoll. Perkussion des Thorax überall normal, die Auskultation ergiebt lautes, aus der Trachea fortgeleitetes Athmen. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt einen normalen Befund. Es wird desshalb die Diagnose Stenosis Tracheae gestellt. Da die Dyspnoe zunahm, wurde die tiefe Tracheotomie ausgeführt und eine gewöhnliche Kinderkanüle eingelegt. Trotzdem dauerten die stenotischen Erscheinungen fort, erst nach Einführung eines dünnen Katheters oder einer sehr langen Kanüle konnte man wesentliche Erleichterung konstatiren. Es wurde jetzt klar, dass unterhalb der Trachealstenose noch ein zweites Hindernis für die Behinderung der Respiration bestehen müsse.

In den nächsten Tagen traten immer wieder stenotische Erscheinungen und während des Nachts Suffokationsanfälle auf, welche dem

Kinde den Schlaf raubten; am 13. Tage nach der Operation trat hochgradige Anschwellung im Gesicht, am Halse und der Brust auf, welche sich als Hautemphysem dokumentirte; durch die Kanüle entleerte sich reichliches, dünnflüssiges, gelbliches Sekret. Von jetzt an wurde die Athmung frei, die stenotischen Erscheinungen waren verschwunden. Das Hautemphysem ging in den nächsten Tagen unter der entsprechenden Behandlung zurück, welche darin bestand, dass durch Ausstreifen der emphysematischen Partien gegen die Trachealwunde zu, die Luft gewissermaßen herausgedrückt wurde. Das Kind fing an zu fiebern, es bildet sich an der hintern Wand der Trachea durch die Kanüle eine große Ulceration und unter den Erscheinungen einer Pneumonie ging das Kind zu Grunde. Die Sektion ergab, dass die Bronchialdrüsen durchweg vergrößert waren, verkäst, partiell verjaucht, von ihnen aus die Anfangsstücke beider Bronchien und der Ösophagus ulcerös perforirt und das Zellgewebe der unteren Hälfte des Mediastinum jauchig infiltrirt war. Durch die geschwollenen Drüsen war der unterste Abschnitt der Trachea komprimirt, in den Spitzen der Lungen einzelne, hanfkorngroße käsige Knoten, in den Unterlappen zahlreiche lobuläre Infiltrationen. Das plötzliche Aufhören der stenotischen Erscheinungen, welches zeitlich zusammenfiel mit dem Auftreten des Hautemphysems fand also seinen natürlichen Erklärungsgrund in der Perforation des ausgedehnten Drüsenabscesses, indem von nun an die Bronchien vom Druck entlastet und damit die Stenose behoben wurde. Starke Rückwärtsbeugung des Kopfes, welcher nach Gerhardt pathognomisch für Larynxstenose sein und bei Trachealstenosen fehlen soll, wurde während des ganzen Verlaufes beobachtet. **Kohts** (Straßburg).

---

166. **Nothnagel.** Experimentelle Untersuchungen über die Darmbewegungen, insbesondere unter pathologischen Verhältnissen.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1822. Bd. IV. p. 532.)

Der Wunsch, ein bestimmtes Urtheil zu gewinnen über einige Fragen, die das Verhalten der Darmbewegung bei pathologischen Zuständen des Intestinalschlauches betreffen, über die bis jetzt ausgedehntere methodische Untersuchungen nicht vorliegen, veranlasste N. zu einer größeren Reihe von Experimenten.

A. Methode der Untersuchung: N. bedient sich zur experimentellen Beobachtung über die Peristaltik der Methode von Sanders und van Braam Houckgeest, nach welcher das ganze Thier mit Ausnahme des Kopfes in eine 0,5—0,6 %ige Kochsalzlösung bei stetiger Temperatur von 38° C. gebracht, die Bauchhöhle unter Wasser geöffnet und das Verhalten der Gedärme beobachtet wird. Die Thiere wurden durch subkutane Injektionen ätherisirt (frühere Erfahrungen hatten gelehrt, dass Äther und Chloroform

Organe mit glatten Muskelfasern nicht beeinflusse). Zur Verwendung kamen überwiegend Kaninchen, nur selten Hunde und Katzen.

B. Einige physiologische Bemerkungen: N. bestätigt zunächst die von van Braam Houckgeest gemachte Beobachtung, dass nicht nur bei an der Luft, sondern auch unter Kochsalzlösung nach der üblichen Methode geöffneten Bauchhöhlen die meisten mäßig gefüllten Darmabschnitte sich ruhig verhalten; dass aber, sobald Gasblasen, die den Darm ziemlich stark ausdehnen, neben flüssigem Inhalt sich vorfinden, der Inhalt in der betreffenden Partie sich in der Weise fortbewegt, welche das Bild einer stürmischen Peristaltik gewährt und zwar wird Gas und flüssiger Inhalt nach dem Coecum hin so fortbewegt, dass die cirkuläre Konstriktion immer hinter der ausgedehnten Schlinge herläuft; — plötzlich ohne ersichtlich äußeren Grund kommt diese Peristaltik mit einem Ruck an irgend einer Stelle dann zum Stehen, um nach beliebiger Pause wieder weiter zu stürmen.

Auf Untersuchungen über den Grund dieses plötzlichen Stillstandes hat N. sich bei vorliegender Arbeit nicht eingelassen.

C. Über das Vorkommen der Antiperistaltik. Unter Antiperistaltik versteht N. immer den Bewegungsvorgang, bei welchem die Kontraktionswelle die Darmwand über eine größere Strecke oder über den ganzen Darm hin in der Richtung vom Anus zum Pylorus zu durchläuft. Den Satz Engelmann's, dass in allen glatten Muskelsäulen die Kontraktion eben so gut in antiperistaltischer, wie in peristaltischer Richtung sich fortpflanzen kann, fand N. auch für die Darmmuskulatur bestätigt; es fragt sich nur, ob die Antiperistaltik je unter normalen Bedingungen vorkomme. Die Kritik der einschlägigen Litteratur ist im Original nachzulesen.

Aus seinen eigenen Versuchsergebnissen stellt N. in erster Linie den Satz auf: Im normalen unversehrten Darm kommt niemals Antiperistaltik vor, so lange keine pathologischen Eingriffe auf denselben geschehen sind, bez. keine pathologischen Vorgänge in ihm sich abspielen. Zunächst untersuchte N. die Erscheinungen, welche eintreten, wenn man Thieren verschiedenartige, chemisch indifferente, reizende Flüssigkeiten, in Klystierform in den Mastdarm einbringt; durch Beimengung von etwas indifferentem Karmin lässt sich ein etwaiges Vorrücken der rothgefärbten Flüssigkeit direkt von außen her bequem beobachten. Die Details der Versuchsanordnung sind im Original nachzusehen.

Laues Wasser, ca. 38° C., in geringer Menge (2—5 ccm) injicirt, hat keinen Einfluss auf die Darmbewegung und verschwindet, wenn nicht vorher ausgetrieben durch eine von oben kommende Peristaltik, durch Resorption; größere Mengen, 10 ccm und mehr, verursachen eine Ausdehnung und Spannung im unverletzten Dickdarm, werden zum Theil sofort nach Entfernung der Spritze wieder ausge-

stoßen, ein Theil rückt einige Centimeter aufwärts, peristaltische oder antiperistaltische Bewegungen waren dabei nicht wahrzunehmen.

Eiswasser in größeren Mengen erzeugt ähnliche Erscheinungen wie reichliche laue Klystiere, einige schwache peristaltische Kontraktionen treten dabei auf; — kleinere Mengen Eiswasser erzeugen antiperistaltische Einschnürungen, welche die rothgefärbte Flüssigkeit um 5—20 cm aufwärts führen, dann Stillstand.

Olivenöl wirkt entsprechend den Wasserklystieren, je nach Menge und Temperatur.

Koncentrirte Kochsalzlösung (27—30%) in Mengen von 3—5 ccm, selten mehr oder weniger, durch die Spritze 5—8, selten bis zu 10 cm in den Mastdarm hinaufgetrieben, erzeugt einige Sekunden nach Entfernung der Spritze eine aufwärts steigende Kontraktionswelle, welche langsam die rothgefärbte Flüssigkeit, gelegentlich mit derselben auch einen Kothballen antiperistaltisch gegen das Coecum hinaufbewegt; die Art der Vorwärtsbewegung geschieht immer durch cirkuläre Kontraktionen und zwar findet man dieselben bisweilen an verschiedenen Stellen des mit Flüssigkeit gefüllten Darmstückes, auch gegen die Spitze der Flüssigkeitssäule zu, andere Male sind an der Spitze keine Kontraktionen zu bemerken und die Flüssigkeitssäule scheint nur als Ganzes durch die abwärts gelegenen Einschnürungen vorgeschoben zu werden; — die Kontraktion wiederholt sich an der gleichen Stelle mehrmals, dann tritt Ruhe ein und man sieht dann an einer höheren Stelle, indem die Flüssigkeit weiter hinaufgetrieben ist, solche Einschnürungen; am Ende des Colon angelangt, wo jeder Kothballen fest umschnürt ist, wo ein Haustrum, sieht man oft längere Zeit ununterbrochene antiperistaltische Kontraktionen gegen diese Kothballen, ohne die rothe Flüssigkeit über dieselbe vorschieben zu können. Höher als bis in die unmittelbare Nähe des Coecum gelangt die Flüssigkeit nie. Im Durchschnitte bewegte sich die Säule in $^{1}/_{2}$—1 Stunde um 60—90 cm aufwärts. Neben dieser antiperistaltischen Bewegung, gewissermaßen hinter derselben gehen peristaltische Bewegungen einher, welche die im unteren Theile des Rectum gelegenen Kothballen nach abwärts und außen befördern.

Injektionen in den Dünndarm mittels einer Pravaz'schen Spritze ergeben folgende Resultate: 2—4 ccm gefärbter, koncentrirter Kochsalzlösung löst nicht nur peristaltische sondern auch antiperistaltische Bewegungen im Dünndarm aus (NB. der Einstich der Kanüle erzeugt gar keine Bewegung), während die Injektion indifferenter Flüssigkeiten durchaus negativen Erfolg hatte. Einbringung von reizenden Flüssigkeiten in den Magen erzeugten beim Übertritt in den Darm bloß peristaltische Bewegungen. Als Endresultat dieser Versuchsreihen folgt die Thatsache, dass bei physiologischen oder sonstigem reizlosem Inhalt im normalen Darm die peristaltischen Bewegungen nur in der Richtung von dem Darm nach dem After zu gehen. Durch stärker reizende Substanzen dagegen werden im Darm Erregungen geschaffen, wel-

che ein Fortschreiten der Bewegung auch in antiperistaltischer Richtung gestatten. Diese Antiperistaltik kann durch solche abnorme Reize aber nur dann hervorgerufen werden, wenn dieselbe an einer unphysiologischen Stelle (also nicht vom Magen her) in das Venenlumen geräth.

D. Über die Bewegungen des Darmes bei akuten Verschließungen desselben, und über die Entstehung des Kotherbrechens. Über diese Frage bietet die Litteratur so wie die spärlich darüber angestellten Thierexperimente bis jetzt nur wenige und unsichere Anhaltspunkte. N.'s darüber angestellte 32 Versuche zerfallen in drei Gruppen: in der einen wurden die Erscheinungen ununterbrochen von der Anlegung der Ligatur an beobachtet; in der zweiten währte die Darmverschließung länger und begann die direkte Besichtigung erst eine Zeit nach der Umschnürung; in der dritten wurden verschiedenartige Injektionen theils oberhalb, theils unterhalb der Stenose gemacht. Die Versuche wurden wie die in Cap. C an ätherisirten Thieren im Kochsalzbade gemacht. Die Details sind im Original nachzulesen. — Als Resultate ergaben sich folgende Thatsachen:

1) Die plötzliche Verschließung des Darmlumens durch Umschnürung erzeugt keineswegs als solche sofort eine lebhafte Peristaltik, weder ober- noch unterhalb der Stenose.

2) In einer vor der Umschnürung ruhigen Darmstrecke kann die Unbeweglichkeit unbestimmt lange fortdauern; in einer vorher bewegten dauert die Bewegung im oberen Theile fort, kommt im untern dagegen zur Ruhe, wenn der Inhalt nach abwärts befördert ist.

3) Auch bei den Bewegungen im oberen Theil kommen lange Pausen vor, die etwas kürzer zu sein scheinen als im Normalzustand.

4) Diese Bewegungen werden zwar viel energischer und lebhafter als diejenigen, welche den gewöhnlichen physiologischen Darminhalt bei freiem Lumen nach abwärts bewegen, diese vermehrte Energie der Bewegungen ist aber nicht als direkte Folge der Umschnürung aufzufassen, diese giebt nur mittelbar die Veranlassung zu den verstärkten Bewegungen. Den unmittelbaren Reiz für die Entstehung derselben bildet die stärkere Ausdehnung der Darmwandungen durch den gestauten Inhalt und namentlich durch Gas.

5) Selbst bei frischen Fällen von Darmverschließung kann zeitweise durch Überdehnung der Darmwand eine Kontraktionsunfähigkeit in der dem Hindernis zunächst benachbarten Strecke auftreten. Diese Dehnungsparalyse kann mit dem zeitweiligen Nachlass der von oben andrängenden Peristaltik wieder beseitigt werden, indem dann der gestaute Inhalt in der Ruhe etwas nach oben zurückfluthet (daher in solchen Fällen die schädliche Wirkung der Purgantien).

Bei Erörterung der Frage, wie nun der Mechanismus des Kotherbrechens bei Darmverschließungen aufzufassen sei, kommt N. unter Berücksichtigung der hier in Betracht kommenden, aus der

Litteratur bekannten Theorien und der durch eigene Experimente gewonnenen Faktoren zu folgendem Schlusse:

Eine wirksame Peristaltik ist nicht zu sehen; — die Diffusion und die Rückstoßkontraktionen können zwar etwas Darminhalt von unten nach oben befördern, aber keine größeren oder gar massenhaften Mengen desselben — es ist demnach zu schließen, dass das Kotherbrechen hauptsächlich durch den Mechanismus der Bauchpresse in Verbindung mit dem Zwerchfell entsteht, wie ihn bereits van Swieten angedeutet hat.

E. Die Bewegungen des Darms bei akuten Darmentzündungen (akuten Katarrhen). Eine erhebliche Schwierigkeit auf die N. bei den hier einschlägigen Versuchen stieß, war die, eine längere Strecke als 30—60 cm des Dick- oder Dünndarms in Entzündung zu versetzen.

Die Versuche lehrten:

1) Wenn durch einen akuten entzündlichen Reiz eine Entzündung der Darmschleimhaut, ein Katarrh schnell sich entwickelt, so treten dabei anfänglich sehr starke Kontraktionen der entzündeten Strecke ein.

2) Nach Ablauf dieser anfänglichen Periode sind, wenn die entzündete Darmpartie leer ist, die Bewegungsvorgänge nicht stärker, wie in normalen Gedärmen.

3) Es besteht eine erhöhte Erregbarkeit des entzündeten Darmes in der Weise, dass beim Eintritt von Inhalt in denselben die Peristaltik rascher vor sich geht, als normal; wie aus dem bestehenden Durchfall oder statt festgeballter, breiiger Beschaffenheit der Entleerungen hervorgeht.

F. Einige Bemerkungen über Bildung von Invaginationen; N. theilt hier nur einige bei seinen Versuchen gelegentlich gemachte Beobachtungen mit, ohne sich dabei auf eine ausführlichere Besprechung einzulassen.

Die Beobachtungen lehrten ihm zweierlei:

1) Dass geringe Invaginationen oft im ganz gesunden Darm vorkommen; 2) dass dieselben als »Invaginatio spasmodica« bezeichnet werden müssen, da man ganz zweifellos diese Art der Entstehung, die spastische Kontraktion der Ring- und Längsmuskulatur unter Augen vor sich hat.

Engesser (Freiburg i/B.).

Das »Centralblatt für klinische Medicin« erscheint nach freundlicher Übereinkunft vom 1. Juli d. J. ab gleichzeitig mit dem »Centralblatt für Chirurgie« und dem »Centralblatt für Gynäkologie« im Verlage der unterzeichneten Firma.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 13. **Sonnabend, den 8. Juli.** **1882.**

167. R. Lépine. Sur un point relatif à la physiologie pathologique du cœur. Zur pathologischen Physiologie des Herzens.

(Revue de méd. 1882. No. 3.)

Verf. bemerkt, dass der Abstand zwischen Vorhofs- und Ventrikelkontraktion nicht immer gleich groß ist, und hat diesbezügliche Untersuchungen angestellt. In einem Falle von Klappenfehler mit Herzhypertrophie war dieser Abstand beträchtlich am Ende der Inspiration, kleiner in der Mitte der Exspiration und noch kleiner am Ende der letzteren. Wahrscheinlich fänden sich viele ähnliche Fälle, wenn mehr als bisher auf diesen Punkt geachtet würde.

Ein Pat. mit Arteriosklerose und Hypertrophie des linken Ventrikels (Autopsie) zeigte einen diastolischen Jugularvenenpuls. Die graphische Darstellung der Herzbewegung und des Pulses ergab, dass der Venenpuls von der Vorhofssystole herrührte, dass also in diesem Falle die Präsystole von der Systole abnorm weit abstand.

In der Erklärung des Galopprhythmus schließt sich Verf. den Ansichten von **Potain** und **Francis Franck** an. Nach diesen Autoren sind der 2. und 3. Ton des Galopprhythmus die normalen Herztöne; der 1. Ton sei bedingt durch eine plötzliche rasche Ausdehnung der Ventrikelwände in dem Moment, wo durch die Vorhofskontraktion die bei der trägen Cirkulation nur langsam geschehende Füllung des Ventrikels plötzlich stark zunehme. Diese Erklärung passte jedoch, wie **Franck** dies auch zugiebt, nicht für die Fälle, in denen der 1. Ton des Galopprhythmus schon während der Diastole erfolgt. Nach Verf. passt sie auch hier, wenn man eben berücksichtigt, dass der Abstand der Vorhofssystole von der Ventrikelsystole in Krankheiten ein abnorm großer sein könne. Dieser größere Abstand in Fällen mit Galopprhythmus sei bedingt durch die in Folge von Herzschwäche später als normal eintretende Ventrikelkontraktion.

Lüderitz (Berlin).

---

168. Leyden. Über periodisches Erbrechen (gastrische Krisen) nebst Bemerkungen über nervöse Magenaffektionen.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1882. Bd. IV. p. 605.)

L. rügt zunächst die gegenwärtig herrschende Neigung, alle Krankheiten als anatomische Processe zu bezeichnen, die nervöse Dyspepsie, die atonische Obstipation und nervöse Diarrhoe unter die Magen- resp. Darmkatarrhe einzureihen, was sie in der That nicht sind.

Gewisse Erregungs- und Erkrankungszustände, psychische Eindrücke sind sehr wichtige Faktoren, die in hohem Grade die Thätigkeit des Digestionstraktus, die Sekretion der Verdauungssäfte wie die peristaltischen Bewegungen beeinflussen. Das Auftreten und tagelange Fortdauern von Erbrechen in Folge von Aufregung, Anstrengung und nervöser Abspannung gehört nicht zu den seltenen Erscheinungen; Schulkinder, Kaufleute, Beamte, Lehrer etc. die geistig überanstrengt waren, liefern ein großes Beobachtungsmaterial hierfür; — besonders häufig findet man diese nervösen Verdauungsstörungen, insbesondere Diarrhoen beim weiblichen Geschlecht, das meist leichter erregbar ist.

Auch Neuralgien und Hyperästhesien des Magens werden in Folge von nervösen Einflüssen beobachtet. Am exquisitesten sind die Fälle, welche bei jungen Mädchen in Folge von Menstruationsstörungen, insbesondere bei Suppressio mensium vorkommen. Die Beschwerden steigern sich dabei derart, dass die Pat. weniger essen und in einen Zusand hochgradiger Abmagerung und Marasmus verfallen. Verf. hat solche Zustände von $^1/_2$—1—2—3 Jahren Dauer, in einem Falle vollständige Paraplegie und Ödem der fast total gelähmten Beine mit Zunahme der Ernährung unter Besserung aller Symptome beobachtet. Die mitgetheilten Fälle sind im Original nachzusehen.

Besondere Aufmerksamkeit verdient eine andere nervöse Magenaffektion, die L. als *periodisches Erbrechen* oder *gastral-*

gische Anfälle bezeichnet, welche unter der Bezeichnung Crises gastriques als Begleiterscheinungen verschiedener Rückenmarkskrankheiten, insbesondere der Tabes dorsalis bekannt und beschrieben sind.

Gastralgische Anfälle kommen auch als selbständige Erkrankung vor, ohne sich an Rückenmarkskrankheiten anzuschließen, freilich oft von solchen nervösen Symptomen begleitet, dass sie an Spinalerkrankungen erinnern. Solche primäre Anfälle von periodischem Erbrechen, die gewöhnlich als Magenaffektion theils ohne bestimmt nachweisbaren Grund, theils in Folge einer Indigestion, Erkältung, psychischen Erregung beginnen, zeigen gleich Anfangs Symptome, welche ihre nervöse Natur bekunden; alsbald zeigt sich deutlich, wenn auch in unregelmäßiger Wiederkehr, das periodische Auftreten. Der Anfall dauert einige Stunden bis zu mehreren, selbst bis zu 10 Tagen.

Der Anfang ist gewöhnlich plötzlich; nach Wohlbefinden oder kurzdauerndem Gefühl von Indigestion tritt unter starkem Übelsein, heftiges, kopiöses Erbrechen ein; dabei besteht meist heftiger Schmerz im Epigastrium und eine Reihe von anderen Erscheinungen, die dem Bilde der Migräne entsprechen. Der Patient fühlt sich dabei so hinfällig, dass er ans Bett gefesselt ist; der Magen ist vollständig intolerant gegen alle Ingesta, höchstens wird, jedoch nicht immer, etwas Eis, Champagner oder Thee ertragen, gegen Ende des Anfalls kommt es zu Gallenerbrechen. Nach Ablauf des Anfalls vollständiges Wohlbefinden, guter Appetit und normale Verdauung.

Als Begleiterscheinungen des Anfalls sind zu nennen: 1) Einziehung des Abdomen. 2) Hartnäckige Verstopfung in Zusammenhang mit Kontraktion der Gedärme; Abführmittel, Klystiere sind erfolglos, außer gegen Ende des Anfalles. 3) Urin sparsam, dunkel, sedimentirend, oft Anurie von 24 Stunden. Anfangs mitunter reichlich und blass (Urina spastica). 4) Puls frequent, Arterien weit, kein Fieber. 5) Erbrechen kopiös, erst Speisen, dann zähflüssige, bräunliche Massen, Epithelien der Magenschleimhaut, schließlich Galle; — Blut bisweilen in geringer Menge. 6) Außer Übligkeit und Schmerz in der Magengegend oft reißende Schmerzen in den Extremitäten.

Die Therapie leistet in der Regel wenig. Ruhe, Eis, Morphium ist das Beste, bisweilen, aber nicht so sicher, Belladonna, Hyoscyamus. Brunnenkuren haben meist keinen Erfolg. Diät leistet nicht viel, besser ist der Einfluss von Luftwechsel, gemüthlicher Aufheiterung und Zerstreuung. Verwechslung dieser rein nervösen Anfälle mit Neurosen des Magens und Darms bei Tabetikern, mit Ileus ventriculi ist leicht möglich.

Als Ursachen der Krankheit sind nur zum Theil organische Magenkrankheiten dafür verantwortlich zu machen; der Schluss auf primäre Rückenmarkskrankheit ist nicht unbedingt zulässig; in manchen Fällen scheint es sich um eine reine Magenaffektion durch Indigestion

hervorgerufen, in wieder anderen um Zustände, die von den Spinalorganen aus beeinflusst werden, zu handeln

Eine Reihe von einschlägigen Krankengeschichten ist im Original nachzusehen. **Engesser** (Freiburg i/B.).

---

169. **Schuchardt.** Über Impftuberkulose des Auges und ihren Zusammenhang mit der allgemeinen Impftuberkulose.

Vortrag gehalten am 11. Juli 1881 im physiologischen Verein zu Breslau. (Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 9 u. 10.)

Sch. giebt in der Einleitung die Geschichte der Impftuberkulose. Er selbst hat eine Anzahl Versuche über Impftuberkulose des Auges angestellt, und zwar diente als Versuchsobjekt das Kaninchen, welches er trotz vielfach gegentheiliger Ansichten für wohl geeignet zu diesen Experimenten hält; der Impfstoff wurde nicht dem lebenden Menschen, sondern der Leiche entnommen. Verf. fand im Durchschnitt ein längeres Inkubationsstadium der Tuberkulose als seine Vorgänger: 6 Wochen und mehr. In den meisten Fällen ferner beschränkte sich die Impftuberkulose völlig auf ein oder beide Augen, zum Unterschiede gegen die Versuchsergebnisse Cohnheim's und Salomonsen's. Er fand konstant nur die lokale Impftuberkulose, welche »durchaus nicht immer von allgemeiner Impftuberkulose gefolgt zu sein braucht«. Dass man den Weg, auf welchem die Generalisirung der Tuberkulose erfolgte, zuweilen mit großer Klarheit in der Leiche verfolgen könne, dafür bringt Sch. ein Beispiel, welches nach seiner Ansicht beweist, dass die Generalisirung wesentlich auf dem Wege der Gefäße geschehen ist. Die Beobachtungszeit der von ihm geimpften Thiere übrigens belief sich bis auf 1 Jahr $4^1/_2$ Monat. **J. Wolff** (Breslau).

---

170. **Heidenhain.** Beobachtungen über den Einfluss des N. vagus auf die Herzbewegungen.

(Verhandlungen der medicinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Sitzung vom 20. Januar 1882.)

Der N. vagus kann die Herzthätigkeit sowohl verstärken als auch hemmen. Was letztere Funktion betrifft, so kann er Energie und Frequenz der Herzpulse herabsetzen, beides unabhängig von einander. Wird der N. vagus durch einzelne Induktionsstöße von geringer Stärke erregt, in Pausen, die von 5 bis 0,5 Sekunden allmählich verkürzt werden, so nimmt die Pulsgröße ab, ohne dass die Frequenz sich ändert; bei starken Induktionsschlägen hingegen tritt Herzstillstand ein ohne vorherige Änderung der Pulsgröße. Stärkere Reize in geringerer Zahl beeinflussen mehr die Frequenz, schwächere Reize in größerer Zahl mehr die Energie der Herzkontraktionen. Die Verstärkung der Herzthätigkeit besteht nicht bloß in Steigerung der Pulsfrequenz, sondern auch der Herzgröße und

kommt zu Stande 1) als Primärwirkung der elektrischen Vagusreizung und zwar nach Einwirkung gewisser Narkotika, in seltenen Fällen am nicht narkotisirten Herzen; 2) als sekundäre Wirkung der elektrischen Vagusreizung, wenn durch Tetanisirung mit starken Strömen Herzstillstand erzeugt war, nach Aufhebung des Tetanus; 3) bei chemischer Reizung des N. vagus, in vielen Fällen als Primärwirkung, in anderen nach voraufgegangener Hemmungswirkung. Die mitgetheilten Thatsachen wurden durch Kardiogramme erläutert, die dem ausgeschnittenen Herzen, hauptsächlich des Frosches, entnommen sind. Die für die Lehre von der Herzinnervation sich ergebenden Schlussfolgerungen sollen demnächst ausführlich an anderem Orte veröffentlicht werden. **J. Wolff** (Breslau).

---

171. **A. Albrecht.** Über sogenannten idiopathischen Hydrops ascites.

Dissertation, Greifswald, 1882.

Verf. resumirt die Ansichten über Entstehung des Hydrops, indem er gegenüber stellt: Hydrops universalis (entweder durch Stauungsverhältnisse in Blutkreislauf bedingt, oder durch Ernährungsstörungen, Chlorose, Anämie und Kachexie) und Hydrops ascites, bedingt durch Störungen im Gebiet der Pfortader, Krankheiten der Leber, Tumorenbildung, Erkrankungen des Bauchraumes (Peritonitis); hält es aber für falsch einen idiopathischen Hydrops ascites ganz zu negiren. Solche Wasseransammlungen sind von Bauer auf eine latente allgemeine Bauchfellentzündung, von Cartes auf schleichende Peritonitis, von Galvagni in derselben Weise erklärt. Neue Gesichtspunkte für die Annahme eines idiopathischen Ascite liefert die Arbeit Quincke's über freie Bauchwassersucht. Derselbe klassificirt die Entstehungsarten unter schleichend verlaufende, später ausheilende Peritonitis, oder (bei jungen Mädchen) unter den Zusammenhang mit Entwicklung der Sexualorgane. Es können mit der Entwicklung der Ovarien in den benachbarten Theilen des Peritoneums hyperämische und hypersekretorische Zustände eintreten; für noch andere Fälle lässt sich keine Ätiologie auffinden. Fälle, welche sich denen Quincke's anreihen, werden mitgetheilt.

Bei den hierhergehörigen Fällen früherer Autoren war das weibliche Geschlecht vorwiegend befallen (Galvagni unter 12 Fällen 8, Quincke unter 9 Fällen 8); auch die drei von Albrecht beschriebenen Fälle betreffen weibliches Geschlecht, im Alter von 23, 31, 32 Jahren.

Während Galvagni für die Entstehung des Ascites in seinen Fällen vorwiegend der Erkältung die Schuld beimisst, und auch in einem Fall Albrecht's solche Vermuthung nahe liegt, hält er es doch für das Wahrscheinlichste, dass die Entwicklung des Ascites mit den Sexualorganen in Beziehung steht. Einmal ist es bekannt, dass mit der Entwicklung der Geschlechtsorgane ein bedeutender

Umschwung im weiblichen Geschlechte stattfindet, Reizzustände des Peritoneums sind hierbei wohl denkbar. Alle angeführten Fälle, weibliches Geschlecht betreffend, sind beobachtet bei einem Alter, in welchem die Funktion der Geschlechtsorgane noch im Gange; die Mehrzahl war von Menstruationsanomalien befallen. Außer diesen bleibt aber noch eine Anzahl von Fällen in Bezug auf Ätiologie unergründlich.

Die Prognose der Erkrankung ist im Ganzen günstig. Nur Galvagni hat 2 Pat. verloren. Albrecht machte in allen 3 Fällen die Punktion, entleerte dabei $4^1/_2$, $1^1/_2$, 7 Liter Flüssigkeit. In 2 Fällen wurde nach der Entleerung noch eine Schwitzkur angewandt, und alle drei Pat. als geheilt entlassen. Wiederansammlungen sind nicht beobachtet. **Finkler** (Bonn).

---

172. **Fr. Mosler.** Zur lokalen Therapie der Leberkrankheiten.

Vortrag, gehalten in der Sektion für innere Medicin in der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte am 23. Sept. 1881 zu Salzburg.

(Börner's deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 16.)

Verf. betont zunächst, dass seit langer Zeit sein Bestreben dahin gehe, interne Krankheiten lokal zu behandeln. Bei Behandlung des katarrhalischen Ikterus hat Gerhardt schon diesen Weg betreten, indem er die Gallenblase komprimirte und faradisirte. M. hat schon 1873 für derartige Fälle, in denen wegen dauernden Aufstoßens und Erbrechens die Anwendung interner Mittel erschwert war, Darminfusion größerer Mengen lauen Wassers empfohlen, um durch vermehrte Gallensekretion raschere Lösung des katarrhalischen Pfropfes zu erzielen und gute Resultate erhalten. Es fragte sich nun, ob die Darminfusion Steigerung der Peristaltik, oder ob das resorbirte Wasser eine Veränderung in den Sekretionsverhältnissen der Leber bewirke. Experimente an Hunden mit Gallenblasenfisteln ergaben Folgendes: Nach Darminfusion steigerte sich die Menge der secernirten Galle, war aber wasserreicher und an festen Bestandtheilen entsprechend ärmer, und zwar verringerten sich die anorganischen mehr als siebenmal so viel wie die organischen. Verf. hat dem Infusionswasser eine Lösung von salicylsaurem Natron oder Salicylsäure mit Borax zugesetzt; er nimmt an, dass hierdurch ein antiseptischer Einfluss auf die katarrhalische Schleimhaut und auf die Gallenwege geübt werde. Durch das Experiment beweist er, dass die Salicylsäure zum Theil durch die Galle ausgeschieden werde. Karbolsäure wird besonders durch die Nieren ausgeschieden und scheint sich nicht als Zusatz zu Darminfusionen zu eignen. Jodkalium wird, in der Weise applicirt, schnell resorbirt und in der Galle alsdann nachgewiesen; es wird in Darminfusion gegeben besser und länger, selbst in größeren Dosen vertragen, als bei Darreichung durch den Mund. Verf. schlägt daher vor, bei Hepatitis interstitialis, syphi-

litica und suppurativa Versuche mit der Darreichung von Medikamenten, wie den genannten, per anum statt per os zu machen.

v. **Mosengeil** (Bonn).

---

173. **Silbermann** (Breslau). Über Bauchfellentzündung Neugeborner.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1882. Hft. 4.)

Man unterscheidet zwei Formen von Peritonitis der Neugeborenen und zwar: 1) eine nicht septische, auf Grund fötaler Syphilis bereits in einer sehr frühen Periode des intra-uterinen Lebens entstandene, 2) eine septische durch Puerperalinfektion entstandene Form. Die erste Form, welche also in jedem Falle eine fötale ist, erscheint unter dem Bilde einer chronischen Peritonitis, an welcher die Kinder gewöhnlich schon in den ersten Lebenstagen zu Grunde gehen. Durch dieselbe sind wahrscheinlich alle Occlusionen und Stenosen des Darmes entstanden und man muss dieselbe annehmen, selbst wenn sonst gar keine Zeichen stattgehabter fötaler Peritonitis zu finden sind. Verf. theilt einen Fall von Dünndarmatresie mit, bei welchem die Diagnose auf fötale Peritonitis gestellt war und bespricht sodann die Zeichen der hochsitzenden Darmstenosen so wie mit Hilfe der 57 in der Litteratur beschriebenen Fälle den Sitz der Occlusionen und die von demselben abhängige mittlere Lebensdauer der Pat.

Was die zweite Form der Peritonitis, die septische, betrifft, welche nach der Ansicht des Verf. ausnahmslos von der inficirten Nabelwunde ihren Ausgang nimmt, so ist, wo die Peritonitis eben die einzige Äußerung der septischen Infektion ist, das Krankheitsbild ein ziemlich scharf charakterisirtes, wenn auch nicht in allen Fällen. Die einzelnen Symptome, das Erbrechen, die Stuhlentleerungen, der Meteorismus, das Exsudat, der Erguss in die Scheidenhaut des Hodens, die Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, der Milztumor, die rapide Abnahme des Körpergewichts, endlich die Beschaffenheit von Temperatur, Puls und Respiration sind nicht in allen Fällen konstant. Am leichtesten ist die Affektion mit einer schweren Dyspepsie zu verwechseln. Was die Therapie betrifft, so steht die prophylaktische Behandlung der Nabelwunde obenan. Gegen das hohe Fieber sind Chinin und Prießnitz'sche Umschläge, nicht aber Salicyl, da letzteres oft starken Collaps herbeiführt, gegen das Erbrechen Chloralhydrat (1,0—2,0 auf 100 Aq.) 1stündlich 1 Theelöffel anzuwenden. Gegen den schnellen Kräfteverfall ist excitirend vorzugehen, am besten mit grünem Thee und Rummwasser.

Von Anwendung des Opiums und der Kälte ist dringend abzurathen.

Kohts (Straßburg).

---

174. Kormann. Nochmals einige Versuche über die Verwendbarkeit von H. O. Opel's Nährzwieback als Nebenkost für rhachitisch kranke Kinder.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1882. No. 4.)

Als Ergänzung seiner früheren Versuche hat Verf. jetzt 3 Kinder ein volles Jahr lang mit obigem Gebäck gefüttert und gewogen.

Fall I: $9^1/_2$monatliches Kind mit florider Rhachitis. Gewicht am 4. April 1881 6938, am 5. April 1882 9850, am Schlusstage der Beobachtung, am 10. Mai 1882, 10 350 g. Größte wöchentliche Zunahme 420 g. Während der Beobachtung hatte Pat. eine schwere Kapillarbronchitis, Impfung, Pertussis und Dentition durchzumachen. Trotzdem hat er während des Jahres anstatt 2433 g (nach Quetelet) 2912 g zugenommen. Es wurden täglich 5—8 Nährzwiebäcke zu der gewöhnlichen Kost zugesetzt.

Fall II: 1 Jahr $6^1/_4$ Monat altes Kind, war immer gesund und lief mit 1 Jahr. Das Kind hat schon 12 Milchzähne; rhachitische Anschwellungen der Knöchel an den Handgelenken, sehr stark verkrümmte Unterschenkel. Gewicht am 4. April 1881 11 450 g (1082 mehr als Quetelet's Durchschnittsgewicht), am 5. April 1882 13 700 (1810 mehr als Quetelet's Durchschnitt). Größte wöchentliche Ab- und Zunahme 450 g. Während der Beobachtungszeit Pertussis.

Fall III: 1 Jahr $5^1/_4$ Monat altes Kind mit rhachitischem Thorax, rhachitischen Knöcheln an Hand- und Fußgelenken, in jedem Kiefer 6 Milchzähne. Diffuse Bronchitis. Gewicht am 4. April 1881 8300 g (1254 unter Quetelet's Durchschnitt), am 5. April 1882 11 620 g (488 g über Quetelet's Durchschnitt), am 10. Mai 1882 12 100 g (858 über Quetelet). Rhachitis abgeheilt, so dass Pat. bereits 20 Wochen nach Beginn der Behandlung laufen konnte. Größte wöchentliche Zunahme 580, größte wöchentliche Abnahme 280 g. Während des Jahres Bronchitis; leichte Pertussis, zwei Dentitionsepochen.

Nach diesen Wägungen kann Verf. den Opel'schen Nährzwieback als Beikost für rhachitisch kranke Kinder von der Hälfte des 1. Lebensjahres ab auf das angelegentlichste empfehlen.

Kohts (Straßburg).

---

175. Rose. Über Misserfolge der Lallemand'schen Kauterisation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. XXVII. Hft. 2.)

An der Hand von Beispielen beweist Verf., dass die noch vielfach gegen Spermatorrhoe geübte Ätzung der Pars prostatica urethrae durch Argentum nitricum mittels des Lallemand'schen Ätzmittelträgers zu sehr üblen lebensgefährlichen Zuständen führen kann. Die abschreckenden Beispiele rühren in so fern aus R.'s Praxis, als er zu Hilfe gerufen, nachdem Kollegen, die als Specialisten gegen die, wie

Lallemand vor 50 Jahren sagte »Pollutions capables causes de la mort« berühmt waren, durch Ätzungen mit Lapis in Substanz oder in koncentrirter Lösung, Unheil angerichtet hatten. Verf. verwirft Lallemand's Methode, sowohl wenn sie gegen Spermatorrhoe, als wenn sie gegen häufige Pollutionen angewandt wird. Zunächst wendet sich R. gegen die Theorien L.'s, indem er ihre wissenschaftlich unhaltbare Basis widerlegt, dann zeigt er das Unnütze und selbst Gefahrvolle seiner Praxis. Die üblen Zufälle nach dem Ätzen bestehen in Ischurie, Urininfiltration in der Blasengegend und den Konsequenzen: Urämie, Cystitis, Nierenentzündung, Pyämie etc. Auch ein Fall ist erwähnt, in welchem das Instrument abbrach, ein fernerer, in welchem ein modificirter Ätzmittelträger (— statt des eingeschmolzenen Lapis in Substanz wurde ein um den Hals des vorzuschiebenden Kopfes gewickelter Baumwollfaden mit gesättigter Lösung getränkt —) wohl durch Ablösen von Baumwollfäden, die vielleicht durch das Ätzmittel morsch geworden, in der Blase einen Jahre lang dauernden Blasenkatarrh hervorrief; durch Ausspülungen mussten die Baumwollfasern aus der Blase entfernt werden.

v. **Mosengeil** (Bonn).

---

176. **Arnold Roos.** Über die Angriffspunkte der Blausäure im thierischen Organismus.

(Dissertation aus dem pharmakologischen Laboratorium Bonn 1882.)

Die Frage wurde in Angriff genommen weil die Blausäure einerseits als Gift durch Häufigkeit der Anwendung und erstaunliche Energie der Wirkung imponirend ist, andererseits unzweifelhaft therapeutisch großen Werth hat. Es fehlt Übereinstimmung in einigen Hauptpunkten der Erklärung. Vorwiegend sind 2 Punkte der Meinungsverschiedenheit betont: 1) ob bei der Vergiftung mit Blausäure der Lungen- und Herzvagus hervorragend betheiligt ist, und 2) ob das Atropin einen therapeutischen Einfluss auf diese Vergiftung hat. Welches sind die Erscheinungen der Blausäurevergiftung?

Der Verlauf der Vergiftung eines Hundes ist: Narkose des Gehirns mit leichten vorübergehenden Zuckungen einzelner Muskelpartien, dann vollständige Lähmung bei noch kräftiger Athmung.

Verf. untersuchte nun specieller:

1) Wirkung der Blausäure auf das Froschherz. Würde die Blausäure reizend auf den Vagus des Herzens wirken (Preyer), »so muss diese Wirkung beim Frosche durch Atropin vermieden oder aufgehoben werden können, ganz so, wie das fast augenblicklich bei dem Vagusstillstand durch Muscarin geschieht. Kleine Gaben Atropin lassen das Herz eines gesunden Frosches ziemlich unberührt, setzen dagegen das durch Vagusreizung verlangsamte sogleich wieder auf die normale Schlagzahl.« Auf Grund dieser Überlegung wurde experimentirt mit dem Resultate, dass bei der Vergiftung mit Blausäure von einer Reizung des Herzvagus nichts wahrzunehmen ist.

Eine vorübergehend beobachtete Verlängerung der Diastole konnte desshalb nicht auf Vagusreiz bezogen werden, weil auch nach Ausschaltung des Herzvagus einige Minuten nach Aufnahme der Blausäure jene Erweiterung des Ventrikels stattfand. Dieselbe wird somit bezogen auf eine beginnende Lähmung der Excitomotoren oder der Herzsubstanz selbst.

Weitere Versuche beschäftigen sich mit Beobachtung der Athmung, um festzustellen, »ob Inspirationstetanus vorhanden ist, wenn die Blausäure dampfförmig ohne Berührung der empfindlichen ersten Luftwege in die Lungen tritt«. Ein Kaninchen wurde durch eine Trachealkanüle mit Blausäure gespeist. Die Zahl und Tiefe der Athemzüge nahmen innerhalb 15 Sekunden ab; ein Inspirationstetanus wurde nicht gesehen. Daraus ergiebt sich:

»1) Die Einathmung einer drittelprocentigen Blausäurelösung tödtet durch rasche Lähmung des Athemcentrums, ohne dass von einer Reizung des Lungenvagus und einem davon ausgehenden reflektorischen Stillstand des Zwerchfells etwas zu sehen wäre.

2) Die Abwesenheit von irgend wie erheblichen Erstickungskrämpfen bei der von mir benutzten Koncentration der Blausäure rührt her von der gleichzeitigen raschen Lähmung der motorischen Apparate in den Nervencentren.«

Der tetanische Stillstand der Athmung bei Einwirkung wasserfreier Blausäure (Preyer) wird zurückgeführt auf den reizenden Einfluss auf die Nasenschleimhaut, denn es wurden experimentell dieselben Erscheinungen der Athmung erzeugt durch Riechen an Chloroform, Schwefelammonium, Salmiakgeist, Untersalpetersäure, kölnischem Wasser.

Auch bei gleichzeitiger Anwendung von Atropin tritt der Athemstillstand durch reizende Dämpfe ein.

Während durch die reizenden Dämpfe auch die Schlagzahl des Herzens außerordentlich herabgeht, bezieht sich die Übereinstimmung zwischen Herz- und Athembewegung nicht auch auf das Verhalten gegen Atropin. Bei Einspritzung von Atropin beeinflusst der Geruch reizender Dämpfe zwar den Athmungsstillstand nicht, dagegen hebt das Atropin die Wirkung solcher Dämpfe auf das Herz fast auf. Es wird daraus der Schluss gezogen, das Atropin nimmt vom Herzen die normale Hemmung weg und darum wird dieses befähigt, trotz der lähmenden Wirkung des Erstickungsblutes seine Pulsationen, wenn auch in einer im Verhältnis zur Norm verminderten Anzahl fortzusetzen. Das Atropin ist also ein allgemeines aber indirekt wirkendes Gegengift gegen Alles, was das Herz still zu stellen vermag.

Versuche darüber, in wie weit das Atropin als Gegengift der Blausäure anzusehen sei, ergaben, dass so fern es sich nicht um ganz geringfügige Mengen des Giftes handelt, auf das Atropin als Gegengift nicht zu rechnen ist.

Als therapeutische Maßnahme bei nicht absolut tödlicher Blausäure-Intoxikation wird desshalb die künstliche Respiration in den

Vordergrund treten, der Begießung mit kaltem Wasser (Müller, Warnek) zweckmäßig beigefügt wird.

Für eine antipyretische Wirkung der Blausäure wird die Hebung des peripheren Kreislaufs und dadurch gesteigerte Wärmeabgabe zur Erklärung benutzt. **Finkler** (Bonn).

---

177. **E. Lehmann** (Oyenhausen). Zur Wirkung des kohlensauren Kalks und der kohlensauren Magnesia.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 21.)

Der Erfahrung nach ist ein günstiger Einfluss der erdigen Brunnen speciell des Wildunger Wassers bei Blasenkatarrhen und überhaupt der Harn bereitenden und leitenden Organe anerkannt. Entgegen der Ansicht, dass den erdigen Bestandtheilen der betreffenden Brunnen nur eine untergeordnete Rolle zukomme, und Angesichts des Widerspruchs, der darin zu bestehen scheint, dass bei alkalisch reagirendem Harne alkalische und erdige Wässer günstig wirken sollen, stellt sich L. die Aufgabe, den Einfluss des kohlensauren Kalks, der kohlensauren Magnesia und des Wildunger Wassers zu prüfen. Die Versuche wurden an 2 Menschen gemacht, mit Beobachtung gleicher Ernährungsverhältnisse; es wurde das Verhalten des Harns an Normaltagen zur Basis des Vergleichs gemacht.

Die Resultate giebt L. selbst in der übersichtlichsten Weise in folgenden Sätzen:

1) Die Einnahme von 5 g kohlensauren Kalks oder kohlensaurer Magnesia vermehrten bei uns das Harnwasser.

2) Auch kleinere Quantitäten Magnesia (2 g), so wie ein Gemenge beider Erdkarbonate, auch in dem Verhältnis, wie sie etwa in 1 Liter Wildunger Wasser (G. V. Quelle) enthalten, hatten einen urinvermehrenden Einfluss.

3) Das Wildunger Wasser verdankt seine diuretische Wirkung nicht allein dem kohlensäurehaltigen Wasser, sondern auch den in ihm enthaltenen Erdkarbonaten.

4) Die Erdkarbonate gehen, in ungelöstem Zustande genommen, in ansehnlicherer Menge in den Urin über.

5) Nach Trinken von 750 ccm Wildunger Wasser zeigte sich bei Versuchsperson No. 2 eine geringe, bei No. 1 keine Vermehrung der Erdphosphate.

6) Die P_2O_5 des Harns wurde nach Einnahme der Erdkarbonate. so wie des Wildunger Wassers vermindert.

7) Der Urin wurde danach nicht neutral oder alkalisch.

8) Ein seit längerer Zeit im Urin auftretendes Sediment von harnsauren Salzen verschwand sowohl nach Einnahme von kohlensaurem Kalk, als auch von kohlensaurer Magnesia, als auch von Wildunger Wasser.

9) Eine »antidiarrhoische« Wirkung des Kalkes konnten wir nicht

beobachten. Im Gegentheil fanden wir Stuhlvermehrung nach Einnahme von Kreide in genannter Menge.

10) Ein ausgesprochen stuhlvermehrender Einfluss der Magnesia in genannten Mengen wurde nicht beobachtet.

Finkler (Bonn).

---

178. O. Seifert. Einiges über Bandwurmkuren.

Nachdem in dem Juliushospital trotz sorgfältiger Vorbereitungskuren nur wenige Erfolge vom Kousso gesehen worden waren, griff Verf., um von den Droguisten unabhängig zu sein, zum einheimischen Extractum filicis maris aethereum. Christison in Edinburg erklärt die verschiedenen Angaben über die Zweckmäßigkeit des Präparates aus der Herstellung aus verschiedenen Farnkrautarten und der unpassenden Sammelzeit der Wurzeln und der Benutzung älterer vertrockneter statt der nothwendigen grünen Wurzelfasern. Folgende sechs Krankengeschichten, aus denen hervorzuheben ist, dass in zwei Fällen je ein Dutzend Taeniae solium abging. Eigentliche Vorbereitungskuren wurden nicht angeordnet, nur am Vorabende ein gelindes Laxans »am andern Morgen gaben wir nur schwarzen oder mit wenig Milch versetzten Kaffee und eine Stunde nach dem Frühstück das Extractum filicis maris«. Das Extrakt ist dünnflüssig, schöngrün, von eigenthümlichem Geruch. S. gab es in einzelnen Fällen in Gelatinekapseln, in andern ließ er die gleiche Menge (15 g) in Bouillon nehmen. Eine Stunde nach dem Einnehmen des Extraktes einen Esslöffel Ricinusöl. Die bis jetzt gebräuchliche Bereitungsweise ist falsch, »eine richtigere Methode ist, die Wurzeln von Aspidium filix mas im Frühjahre oder Herbst (Mai oder Oktober) zu sammeln, nur die grünen saftreichen auszuwählen, von den Paleae gehörig zu befreien, zu verkleinern und in ganz frischem Zustande mit Äther zu übergießen, unter Zusatz von ganz wenig Weingeist. Die ganze Masse wird an einem kühlen Orte unter nicht zu festem Verschlusse aufbewahrt. Soll zu irgend einer Zeit eine bestimmte Menge davon in Verwendung kommen, so entnimmt man die gewünschte Portion und destillirt den Äther vorsichtig in der Retorte ab, bis das Extrakt die entsprechende dünnflüssige Beschaffenheit zeigt.« **Finkler** (Bonn).

---

179. H. Schulz. Vierte Abhandlung zur Theorie der Arsenwirkungen.

(Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. XV. p. 322.)

Die vorliegende Abhandlung löst die Aufgabe, die quantitativen Differenzen zu bestimmen für die Energie, mit welcher die einzelnen Komponenten des Organismus die beiden Arsenoxyde in einander überführen, den Unterschied zwischen der Aktionsfähigkeit

lebenden und todten Protoplasmas gegenüber den Arsensauerstoffverbindungen zu zeigen. Bei der Versuchsanordnung wurde möglichst darauf gesehen, in sämmtlichen Einzelversuchen die Bedingungen gleichzustellen. Gleiche Mengen desselben Organs, gleiche Mengen des Arsen, Dauer der Digestion, Größe des Dialysators etc. ist Alles beobachtet.

»Das Endergebnis dieser ganzen Untersuchungsreihe stellt sich demgemäß so:

1) Blut besitzt eine stark ausgeprägte reducirende Wirkung auf Arsensäure, sein oxydirender Einfluss auf die arsenige Säure ist äußerst gering, wenn nicht gleich Null. Die Sauerstoffbewegung zwischen Arsen und Blut ist demnach eine fast oder ganz einseitige zu nennen.

2) Magenschleimhaut, Pankreas und Gehirn zeigen einen, der hier gewählten Reihenfolge der genannten Organe entsprechenden, zunehmend oxydirenden Einfluss auf arsenige Säure und eben so abnehmend reducirende Kraft gegenüber der Arsensäure. Diese letztgenannte Erscheinung erklärt sich aus der immer wieder vor sich gehenden Neuoxydation der aus der Arsensäure entstandenen arsenigen Säure. Die Sauerstoffbewegung zwischen dem Arsen und dem Protoplasma der hier aufgeführten Organe ist eine doppelseitige.

3) Das Gleiche gilt für das Protoplasma der Leber, nur zeigt dieses von allen, daraufhin untersuchten Komponenten des Organismus die ausgeprägteste oxydirende Kraft.

4) Nur lebendes Protoplasma ist im Stande arsenige Säure zu oxydiren, die bei Benutzung todten Eiweißes auftretende Oxydation ist eine scheinbare, so weit es sich dabei um den Einfluss des benutzten Protoplasmas handelt, sie ist vielmehr die Folge nebensächlich einwirkender Momente. Arsensäure wird von todtem Gewebe stärker reducirt wie von lebendem, weil dem todten Gewebe die Fähigkeit abgeht, die durch die Reduktion entstandene arsenige Säure von Neuem zu oxydiren.« **Finkler** (Bonn).

---

180. **Hugo Schulz.** Die Zerlegung der Chloride durch Kohlensäure.

(Pflüger's Archiv für die gesammte Physiologie Bd. XXVII. Hft. 9 u. 10.)

Anküpfend an die wenigen bis heran gekannten Fälle, wo eine schwache Säure unter bestimmten Verhältnissen eine stärkere aus ihrer Verbindung mit einer Base theilweise verdrängt, hat Verf. mit Hilfe eines höchst empfindlichen Reagens die Zerlegung in Wasser gelöster Chloride durch Kohlensäure dargethan, und mit Rücksicht auf diese Versuche das Verhalten der Chloride im lebenden Organismus vom physiologischen und therapeutischen Standpunkte beleuchtet.

Die Untersuchungsmethode im Einzelnen muss im Original nachgesehen werden, hier wird es zweckmäßig sein, die Sätze, in denen der Verf. das Resultat zusammenfasst, mitzutheilen:

»1) Die Chloralkalien so wie die Chlor-Erdalkalien werden in wässeriger Lösung durch Kohlensäure schon bei niederer Temperatur und Atmosphärendruck zerlegt, unter Bildung von Salzsäure und Alkali- beziehentlich Erdalkali-Karbonat.

2) Diese Zerlegbarkeit ist eine bei den einzelnen Verbindungen verschiedene, sie steigt vom Chlorbaryum zunehmend aufwärts zum Chlornatrium.

3) In diesem eigenthümlichen Verhalten zwischen den gelösten Chlorverbindungen und der Kohlensäure haben wir eine einfache, wenn auch nicht die einzige Erklärung für die Bildungsweise freier Salzsäure im Organismus.

4) Aus dem, was wir über das Verhalten der Erdalkalien gegenüber dem lebenden organischen Gewebe wissen, aus dem, was experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der lebenden Materie unter dem Einflusse von Chloralkalien, zumal dem des Kochsalzes, eruirt haben, dürfen wir den Schluss ziehen, dass die Chloride und auch hier wieder besonders das Chlornatrium in bestimmter Beziehung stehen zu dem Verhalten des Sauerstoffs innerhalb der Gewebe. Wir dürfen als einen Hauptgrund für das Vorkommen sowohl wie auch für die Nothwendigkeit des Vorhandenseins von Chloralkali im lebenden Körper die Eigenschaft desselben ansprechen, bei Gegenwart von lebendem Protoplasma Chlor abzuspalten und so indirekt oxydirend zu wirken.

5) Daraus erklärt sich denn das besondere Verhalten der Chloride, zumal aber des Chlornatriums, den Stoffumsatz zu fördern, das organische Leben anzuregen und als Heilmittel da wirken zu können, wo es in passenden Mengen und unter richtiger Indikation zur Verwendung gelangt.«

Kochs (Bonn).

Kasuistik.

181. von Holwede. Empyem. Stauungshydrocephalus.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Hft. 7 u. 8.)

Ein 3jähriger schwächlicher Knabe erkrankt mit den Zeichen einer rechtsseitigen Pleuropneumonie. Am 9. Tage stellen sich heftige eklamptische Konvulsionen ein, welche sich am 10. und 11. Tage wiederholen und am 12. mit vollständiger Bewusstlosigkeit endigen. Darauf deutliche Paraplegie der oberen, erhöhte Reflexerregbarkeit der unteren Extremitäten; unregelmäßiger, bald verlangsamter, bald schneller, bald intermittirender Puls, Athmung theils frequent, theils sich der Form der Cheyne-Stokes'schen Athmung nähernd. Leib weich, eingezogen, Stuhl retardirt. Der Pat. vollständig bewusstlos, den Kopf fortwährend hin- und herwerfend, cri hydrocéphalique, Strabismus convergens, Genickkrämpfe, kurz die exquisiten Symptome einer Meningitis basilaris. Inzwischen war rechts ein Exsudat zu konstatiren, welches sich bei der Probepunktion als eitrig erwies. 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung Thorakocentesis mit Rippenresektion, worauf schnell alle Symptome

schwanden und Pat. sich schnell erholte. Verf. fasst die nervösen Erscheinungen als Stauungshydrocephalus auf und erklärt diesen so, dass die rechtsseitig gelegene Vena cava sup. durch das massige Exsudat einen Druck erfuhr, oder dass die zu ihrer Wurzel retrahirte Lunge das Lumen der genannten Vene verengerte, und dass also in zweiter Linie der Abschluss des Venenblutes aus dem Schädel gehemmt und hierdurch die Transsudation in die Ventrikel erfolgt sei.

Kohts (Straßburg).

182. **Bergmann.** Ein Fall von Kehlkopfexstirpation.

(Sitzungsber. der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg 1882. No. 3 u. 4.)

B. stellt einen Pat. vor, der seit Sommer 1880 heiser ist. Mit der Zunahme der Heiserkeit stellten sich auch Beschwerden beim Schlucken ein.

Der allgemeine Ernährungszustand litt in keiner Weise; die lokale Behandlung des Leidens hatte gar keinen Erfolg.

Im Oktober 1881 kam Pat. ins Juliusspital. Laryngoskopischer Befund: Epiglottis gesund. Die linke ary-epiglottische Falte stellt einen dicken Wulst dar, die Konturen des linken Taschen- und Stimmbandes gehen nahezu in einander über. Auch das rechte Taschenband verdickt, das rechte Stimmband geröthet und oberflächlich ulcerirt. Durch die Verdickung der linken Larynxhälfte ist die Glottis stark verengt. An der hinteren Larynxwand zeigt sich ein querverlaufender wie aus Narbengewebe bestehender Strang.

Die Diagnose war Anfangs zweifelhaft. Bei der diffusen, nicht irgend wie begrenzten, sondern die Wandungen des Kehlkopfs infiltrirenden Neubildung konnte nur von Entzündung oder aber bösartiger Geschwulst die Rede sein. Gegen Epithelialkrebs sprach vor Allem das Fehlen von Lymphdrüsenschwellung in der Umgebung des Larynx, ferner der Umstand, dass bei der langen Dauer der Erkrankung die Verschwärung und Zerklüftung der Oberfläche nur sehr gering war.

Ein diffuses Sarkom konnte nicht ausgeschlossen werden.

Schließlich musste noch an eine syphilitische Erkrankung gedacht werden, wesshalb Pat. auf der medicinischen Abtheilung einer antisyphilitischen Kur unterworfen wurde, ohne Spur einer Besserung, im Gegentheil es wurde schlechter mit ihm. Die Verengerung des Kehlkopfraumes hatte bis December zugenommen und Pat. litt an bedrohlichen abendlichen Erstickungsanfällen. Am 6. December wurde wegen der Respirationsbeschwerden die Tracheotomie gemacht, durch welche sich B. auch die für später geplante Exstirpation des Larynx erleichtern zu können glaubte.

Als Pat. die Trachealkanüle frei und anstandslos tragen, auch selbst herausnehmen und wieder einlegen konnte, nahm B. (16. Januar 1882) die Exstirpation des Larynx vor.

Die vorausgeschickte Tracheotomie erschwerte die Operation, da das untere Ende des Schnittes in festes hyperplastisch dichtes Narbengewebe fiel, welches dicht um die Trachealwunde lag; durch diese Verdichtung des Bindegewebes war das Abpräpariren der Weichtheile sehr erschwert. B. würde in einem weiteren Falle die Operation ohne Tracheotomie beginnen und erst, wenn beide Schildknorpel bis an ihre Seitenränder und Hörner frei präparirt sind, die Tracheotomie und Tamponade der Trachea vornehmen.

Die Abtrennung des lospräparirten und nach vorn luxirten Kehlkopfes von der Trachea erfolgte dicht unter, zum Theil noch im Ringknorpel. Vor der Abtrennung muss die Trachea durch starke Seidenfäden fixirt werden, damit sie nicht zu tief hinabgleitet.

Die Wundränder wurden so vereinigt, dass die Eingangsöffnung der Luftröhre ganz nach außen gerichtet war, um das Einfließen von Wundprodukten in den Bronchialbaum zu verhüten. Pat. ist ohne Spur von Röthung und Schwellung an den Wundrändern geheilt. Die genaue Untersuchung der Neubildung ergab, dass es sich um ein Adeno-Sarkom handelte. 6 Wochen nach der Operation konnte Pat.

einen künstlichen Kehlkopf, nach Paul Bruns' Angaben verfertigt, eingesetzt bekommen, mit dem er laut und vernehmlich spricht.

Seifert (Würzburg).

183. Th. Schott (Nauheim). Zur Lehre von der Wanderleber.

(Deutsche Medicinalzeitung 1882. No. 21 u. 22.)

Verf. beobachtete einen Fall von Wanderleber bei einer 39½jährigen. Die Diagnose wurde gestellt, weil die folgenden Kriterien (Thierfelder) vorhanden waren:

1) In der mittleren wie rechten unteren Bauchgegend eine Geschwulst, von den Eigenschaften der Leber.

2) Zwischen Lunge und diesem Körper eine tympanitische Zone, eben so zwischen Herz und Leber.

3) »Im rechten Hypochondrium ein intraabdominaler Tumor von mäßig derber Konsistenz, dessen unterer scharfer Rand sich am Nabel 4 cm über die Mittellinie hinaus erstreckt, und von da in einer schiefen Linie gegen die rechte Crista ilei hin verfolgen lässt. Von letzterer ist die Geschwulst nur 3 cm entfernt.«

»Die Geschwulst lässt sich bis unter den Rippenbogen in die normale Lebergegend sowohl beim Liegen wie auch beim Stehen zurückbringen.« Ausgeschlossen werden: chronische Entzündung des Netzes, Ovarientumor (weil nach oben reponirbar) und Wanderniere mit Hydronephrose. Während die tympanitische Zone rechterseits wohl auch auf Randemphysem bezogen werden kann, und desshalb nicht mit Sicherheit die Verdrängung der Leber vom Zwerchfell abwärts bewirkt, lässt die tympanitische Zone zwischen Leber und Herz keine andere Deutung zu als: Entfernung der Leber vom Zwerchfell, also wirkliche Wanderleber.

Anlangend die Ätiologie der Erkrankung wird zunächst darauf aufmerksam gemacht, dass es sich bis jetzt bei allen beschriebenen Fällen um Frauen handelt. Wesentlich in Betracht kommen: 1) Die große Anzahl der voraus stattgefundenen Geburten verbunden mit Hängebauch, was im beschriebenen Fall in hohem Grade vorgelegen hatte. 2) Brechdurchfall, häufige Abwechslung mit Diarrhoe, mit Stuhlverstopfung bei anhaltendem Erbrechen. 3) Außerordentlich schnelle Abnahme des Fettes nach einer in der Laktation aufgetretenen auffallenden Obesität. Dem Schwund großer Fettmassen im Mesenterium, im Omentum und subperitonealem Bindegewebe wird ein besonderer Einfluss vindicirt; damit stimmt überein, dass während der Laktation noch kein Symptom vorhanden war, welches auf spätere Wanderleber hindeutete, während die Ausfüllung des Bauches mit Fett den intraabdominalen Druck auf genügender Höhe hielt. Die tympanitische Zone an Stelle der Leber wird mit großer Wahrscheinlichkeit auf Verlagerung des Colon, vielleicht auch eines Theils des Duodenum bezogen.

In Rücksicht auf Therapie ist zu erwähnen, dass Verf. von der Behandlung mit Anlegung einer festen Leibbinde Abstand nahm, weil 1) Magenkranke solche nicht vertragen, 2) die Leber dadurch nur wenig zurückgehalten wird.

Sch. bediente sich desshalb einer Bandage mit stellbarer Pelotte, diese ist 16 cm lang, 7—8 cm breit, weich gepolstert in Form eines Keils, dessen Basis nach unten steht.

»Reposition der Leber in Rückenlage mit der rechten Hand, Zuknöpfen der vorher offengelegten Bandage mit der linken; nachträgliche Wagerechtstellung der Pelotte vermittels der Schraube.« Pat. hat die Pelotte zehn Monate lang gut vertragen.

Finkler (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 14. Sonnabend, den 15. Juli. 1882.

184. **Köbner.** Übertragungsversuche von Lepra auf Thiere.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. p. 282.)

Ein Arbeiter aus Berlin hatte bei seinem 11jährigen Aufenthalte in Brasilien ausgesprochene Lepra acquirirt, die der makulösen Form angehörte. Im Laufe der Anfangs erfolgreichen Behandlung mit Salicylsäure traten aber auch mehrere Lepraknoten in der Haut auf, die möglicherweise auf lokaler Selbstinfektion beruhen konnten. Letzterer Gedanke veranlasste Verf. zu einer Reihe von Impfversuchen mit dem Material eines excidirten Knotens und zwar auf einen Affen, auf Meerschweinchen, Ratten, Aale etc. Alle Impfungen aber waren ohne Erfolg, ohne dass daraus der Verf. einen Schluss auf die Unmöglichkeit der Impfübertragung überhaupt machen möchte. Es traten zwar bei einem Aal Knoten in der Haut auf, aber es stellte sich heraus, dass es sich um eine bei Aalen häufige Hautkrankheit handelte. Und die bei dem Affen sich zeigenden Erscheinungen, wie Lymphdrüsenanschwellung am Hals und Ausfluss aus der Nase mit

knotigen Wulstungen auf der Schleimhaut derselben, gehörten, wie sich bald herausstellte in das Reich der Tuberkulose. Bei diesen Versuchen konnte aber Verf. feststellen, dass die Leprazellen und Bacillen sich außerordentlich lange konservirten, so dass Zellen wie Bacillen noch am 52. Tage im Auge eines Kaninchens vorzüglich erhalten waren.

Hieran knüpft Verf. einige Bemerkungen über das Vorkommen der Bacillen. Er fand sie niemals in den Epidermis- oder den Epithelzellen der Schleimhäute, reichlich dagegen im Eiter und den Granulationen lepröser Geschwüre und ferner auch im Gegensatz zu Hansen und Neißer im Blute seines Patienten.

Ribbert (Bonn).

---

185. **Biefel** (Salzbrunn). Das tuberkulöse Kehlkopfgeschwür und die Kehlkopfschwindsucht.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXX. Hft. 5 u. 6.)

Verf. hat in ausführlicher Weise die topographischen und histologischen Eigenthümlichkeiten der Kehlkopfschleimhaut der Besprechung der in Rede stehenden Erkrankungsform vorausgeschickt und die tuberkulosen Kehlkopfsgeschwüre in zwei große Gruppen getheilt. Die Eintheilung in oberflächliche und vertiefte Geschwüre findet ihre Begründung in der Schichtung der Schleimhaut, je nachdem die Geschwürsbildung nur auf der oberflächlichen Schicht der Kehlkopfschleimhaut bis in die Tunica elastica eingebettet ist oder gleichzeitig von den oberen beiden Schichten herabwandernd auch noch in die unterliegende Submucosa eindringt, also alle drei Schichten ergreift. In der Region des Pflasterepithels findet sich eine anatomische Prädisposition zur oberflächlichen, auf der des Cylinderepithels zur vertieften Geschwürsbildung, da in ersterem Terrain die Drüsenschicht der Submucosa fehlt, welche das eigentliche Substrat der Vertiefung ist, so dass also an den Stellen der größeren Drüsenwülste sich die zerstörendsten Geschwüre finden.

Es zeigt sich, dass die kleinen Herde und minimalen Geschwürsformen im Interarytaenoidalraum, am Stimmband, an der Plica aryepiglottica, am Kehldeckelrand und an der unteren Stimmbandgrenze auftreten und zwar zu einer Zeit, wo die Lungen noch gesund erscheinen.

Für solche Fälle eignen sich milde und salzige Inhalationen. hauptsächlich aber ist auf frühzeitige Einleitung einer Monate und Jahre lang rationell fortgesetzten Einwirkung auf die allgemeine Konstitution zu sehen durch Diät, Wasserabreibungen, Aufenthalt in Sanatorien (Gebirge, Gradirwerke etc.).

Auf dem drüsenhaltigen Terrain des Cylinderepithels dringen die Geschwüre von oben her zuvörderst in die Drüsenschicht der Submucosa ein, in welcher sich der erste Hauptprocess der Zerstörung

abspielt, ehe sie die tieferen Gebilde erreichen. Womöglich sollen die großen und kleineren Herde durch Ätzmittel oder galvanokaustisch zerstört werden, wenn dies nicht zum Ziele führt, wird man sich auf die Desinfektion besonders der jauchigen Zerstörungen beschränken müssen, was man bei den unterminirten und rissförmigen Geschwüren der Drüsenwülste am besten durch Austupfen mit dem kleinen Störk'schen Pinsel erreicht. Für die offenen Geschwürsflächen eignen sich die Einträufelungen und desinficirenden Inhalationen so wie der einfachen Bähungen mit Kamillenthee oder Perubalsam nach Schmidt.

Von den desinficirenden Mitteln gebraucht Verf. häufig Kreosotlösung in Alkohol mit Glycerinzusatz, oder Bromkalilösung mit Glycerin. Bei Schlingbeschwerden werden Gurgelungen von $1/2$%iger Tanninlösung mit 20% Glycerin und 0,1 Morphium angewandt, bei Hustenreiz Morphium eingepinselt in einfacher Lösung mit Glycerinzusatz, oder in Bromkalilösung mit Glycerin.

Seifert (Würzburg).

---

186. **Leyden.** Über Nervendehnung.

(Wiener med. Blätter 1882. No. 26.)

Verf. erinnert daran, dass er inmitten der Strömung, welche in der Nervendehnung ein so glückliches Mittel für Neuralgien und die bis dahin unheilbare Tabes dorsualis proklamirte, dem Zweifel Ausdruck gegeben hatte, ob man bei der Vorstellung von der Beeinflussung oder gar Wiederherstellung verloren gegangener Nervensubstanz oder von einer Auffrischung, überhaupt noch den Boden wissenschaftlicher Kritik behalten habe. Der Fall, durch dessen Besserung in Folge der Dehnung diese Operation empfohlen wurde, war gar keine Tabes, wie die Untersuchung nach der Autopsie (Westphal) ergab. Der Erfolg der bis jetzt mitgetheilten Fälle war entweder nicht lange genug abgewartet, oder die Schätzung richtet sich nach der Angabe der Patienten, oder die Diagnose stand nicht fest. Auch die günstigen Resultate scheinen nicht ganz eklatant und zweifellos. Zugegeben die Möglichkeit, bei der Tabes handele es sich um eine Erkrankung, welche in den peripheren Nerven beginnt, so giebt dies doch kein Recht dazu, dass Fälle, in denen sich das Rückenmark gesund findet, für Tabes erklärt werden können. Im Gegentheil kann nicht gezweifelt werden, dass überall da, wo die Symptome der Tabes deutlich sind, schon tiefe Läsionen in den Hintersträngen des Rückenmarks existiren (F. Schultze). L. hat selbst zwei Fälle von Tabes der Nervendehnung unterworfen. Reizsymptome, Erhöhung der Sensibilität, Steigerung der Reflexe war die erste Folge; eine spätere Folge scheint die Verminderung der reißenden Schmerzen zu sein; aber bei aller Unsicherheit dieser subjektiven Angaben bleibt es noch fraglich, ob der Effekt anhält. Objektiv haben die beiden Patienten keinen Beweis gebesserter Motilität geboten; nicht einmal Abnahme

der Ataxie. Demnach ist der Werth der Operation illusorisch und die Nervendehnung kann als Heilmittel bei der Tabes einer wissenschaftlichen Kritik nicht Stand halten. **Finkler** (Bonn).

---

187. **E. Bumm.** Über transitorische Albuminurie und Meliturie bei Delirium tremens. (Aus der psychiatrischen Klinik des Geh. Rath v. Rinecker im Juliusspitale zu Würzburg.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 25.)

Für das Bestreben die Geisteskrankheiten mit materiellen Veränderungen resp. körperlichen Krankheiten in nähere Beziehungen zu bringen, ist von besonderem Interesse die Beobachtung von Kombinationen psychischer und vegetativer Funktionsstörungen. Hierher gehört (Fürstner) häufiges Vorkommen von Albuminurie bei Delirium tremens, und der Befund Weinberg's, betreffend die genaue Koincidenz der Dauer der Albuminurie mit der des Delirium und die Übereinstimmung der quantitativen Ausscheidung von Eiweiß mit der Intensität des Delirium. Die Ursache der Albuminurie wird in solchen Fällen nicht in einer Texturerkrankung der Niere zu suchen sein, da sie plötzlich kommt und verschwindet, später nicht wieder auftritt und der Obduktionsbefund und die mikroskopische Untersuchung negative Resultate giebt. B. beobachtete einen einschlägigen Fall von besonderer Wichtigkeit, weil in ihm ein vorübergehender Gehalt des Urins an Zucker konstatirt ist. Der Urin hatte bei einem specifischen Gewicht von 1031 viel Eiweiß und einen Zuckergehalt von bis zu 3%. Nach plötzlich eingetretenem Tod ergab die Sektion starke Hyperämie des Gehirns und der Medulla oblongata, kleinen pneumonischen Herd in der Lunge, an den Nieren außer starker Hyperämie nichts Abnormes. Nach diesem Befunde führt B. den Erklärungsversuch des Zusammenhangs zurück auf die Annahme einer centralen Innervationsstörung mit besonderem Rechte, weil durch Claude-Bernard die experimentelle Basis hierfür gegeben ist. So werden auch die bei Commotio cerebri auftretenden Erscheinungen der Albuminurie und des Diabetes auf Reizungserscheinungen der Rautengrube (H. Fischer) zurückgeführt und als Analogien gleiche Erscheinungen bei Epilepsie und Eklampsie angeführt.

Finkler (Bonn).

---

188. **Weil.** Zur Lehre vom Pneumothorax.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. Hft. 1 u. 2.)

Das den vorliegenden Untersuchungen zu Grunde liegende Material umfasst sämmtliche im Verlauf der letzten 17 Jahre auf der medicinischen Klinik des Herrn Geh. Rath Friedreich beobachteten Fälle von Pneumo- und Hydropneumothorax.

Unter den ätiologischen Momenten des Pneumothorax steht weit-

aus in erster Linie die Lungenschwindsucht, in zweiter Linie das Empyem, während alle übrigen ursächlichen Momente im Vergleich zur Häufigkeit dieser beiden als Raritäten zu betrachten sind.

Von den 6 durch Empyem verursachten Fällen von Pneumothorax verdient einer besondere Berücksichtigung, weil bei ihm der Eiter sowohl nach den Bronchien als nach außen hin durchbrach und so einen doppelt offenen Pneumothorax schaffte; die maulvolle Expektoration war in ausgesprochener Weise vorhanden, in den Sputis zeigten sich massenhaft Hämatoidinkrystalle, theils in büschelförmig angeordneten Nadeln, theils in rhombischen Säulen. Der Fall zeigte ferner, dass selbst große Perforationsöffnungen in der Pleura pulmonalis nach Eröffnung und Ausspülung der Pleurahöhle verhältnismäßig rasch und vollständig heilen können.

Aus der Beschreibung dreier Fälle von Pneumothorax mit zweifelhafter Ätiologie ist nichts Besonderes hervorzuheben. Nach Abzug dieser 9 Fälle bleiben noch 46 übrig, in denen der Pneumothorax die unmittelbare Folge chronisch-ulceröser Pneumonie war.

Um richtigen Aufschluss zu bekommen über die Häufigkeit, mit der Pneumothorax bei Phthisikern auftritt, muss man sich an die Todesstatistik wenden, wobei man auf viel höhere Zahlen kommt, als wenn die Gesammtzahl der zur Beobachtung gekommenen Phthisiker der Berechnung zu Grunde gelegt wird. So findet W., dass von 1200 Phthisikern 46 = 3,8% einen Pneumothorax hatten, während nach der anderen Berechnung von 355 zur Sektion gekommenen Phthisikern 35 = 10,1% an Pneumothorax litten.

Was das Alter anlangt, so war der jüngste von den an Pneumothorax erkrankten Phthisikern 17, der älteste 49 Jahre alt; diese Zahlen stimmen mit den Erfahrungen über das Vorkommen der Schwindsucht in den verschiedenen Lebensaltern überein.

Es war unter den 46 Fällen von Pneumothorax 14mal die rechte, 31mal die linke Seite betroffen, einmal handelte es sich um doppelseitige Erkrankung. Zweimalige Erkrankung an Pneumonie auf derselben Seite wurde in 3 Fällen beobachtet.

Das vorwiegende Befallensein der linken Seite erklärt sich wohl daraus, dass die ausgiebigere respiratorische und kordiopneumatische Verschiebung des linken vorderen Lungenrandes die Verwachsung der Lunge mit der Brustwand erschwert und daher ein die Entstehung des Pneumothorax begünstigendes Moment darstellt.

In 35 Fällen, die entweder klinisch oder anatomisch darauf hin untersucht werden konnten, fand sich 26mal der Pneumothorax, auf der in höherem Grade afficirten Seite, 5mal auf der besseren Seite, während 4mal kein auffälliger Unterschied in der Erkrankung beider Seiten bestand.

In 22 Fällen trat der Pneumothorax zu akuter Phthise hinzu, es bilden wohl die akuten Phthisen einen günstigeren Boden für den Pneumothorax als die chronischen und bei letzteren sind es hauptsächlich die Perioden akuter oder subakuter Nachschübe, die

zur Entstehung eines Pneumothorax disponiren. Von den 46 Fällen trat der Pneumothorax 35mal bei deutlich entwickelter oder vorgeschrittener Lungenaffektion 11mal in früheren Stadien derselben auf.

Specielle Gelegenheitsursachen für die Entstehung des Pneumothorax konnten nur in 4 Fällen nachgewiesen werden: Hustenparoxysmen, Erbrechen, starke Muskelanstrengung. Was den anatomischen Befund betrifft, so war der Pneumothorax in der Mehrzahl der Fälle ein totaler, abgesackter Pneumothorax fand sich nur 4mal.

Für 20 von 36 Fällen ergab sich aus dem anatomischen Befund ein positiver Druck des in der Pleurahöhle angesammelten Gases.

Das Offenbleiben der Perforationsstelle selbst nach Wochen und Monaten bildete die Regel, doch konnte auch schon nach wenigen Wochen oder Tagen ein solider organischer Verschluss der Fistel konstatirt werden.

Diejenigen Bezirke (Axillarlinie und vorderer linker Lungenrand), in welchen sehr ausgiebige Verschiebungen der Lunge stattfinden, zeigten sich besonders bevorzugt für den Sitz der Perforationsstelle.

In 3 Fällen fand sich gar kein flüssiger Erguss, in den übrigen Fällen regelmäßig flüssiger Erguss von schwankender Menge und von verschiedener Beschaffenheit: 11mal eitrig, 17mal sero-fibrinös, 1mal jauchig, 1mal hämorrhagisch, die sero-fibrinösen Ergüsse sind demnach keine Seltenheit, sondern überwiegen an Häufigkeit sogar die eitrigen.

Als Grund für das Ausbleiben der Eiterung und Jauchung in die Pleurahöhle wird angegeben, dass in der Mehrzahl der Fälle die Öffnung selbst oder die zuführenden Bronchien alsbald mechanisch geschlossen werden (falls der Pneumothorax durch Perforation der Pleura pulmonalis entsteht).

Von Komplikationen verdient die Pleuritis der anderen Seite Erwähnung. Darmgeschwüre fanden sich in 24, Kehlkopfgeschwüre in 16 Fällen. Amyloiddegeneration fand sich 2mal, akute und chronische Nephritis je 1mal; Thrombose einer oder beider Cruralvenen 3mal.

Von dem Symptomenbilde des Pneumothorax braucht hier wenig hervorgehoben zu werden.

Bei frischem Pneumothorax bildet der Mangel eines jeden Athmungsgeräusches an der vorderen Brustwand die Regel und auch seitlich und hinten wird etwa nur in der Hälfte der Fälle amphorisches Athmen getroffen.

In denjenigen Fällen, in welchen ausgedehnte Verwachsungen der Lunge mit der Brustwand bestanden, wurde in der ganzen Ausdehnung des Pneumothorax sehr lautes und exquisit metallisches Athmen wahrgenommen. Nur 2mal waren bei linksseitigem Pneumothorax die Herztöne von metallischem Klange begleitet. In manchen Fällen wurden metallisch klingende Rasselgeräusche, metallische Resonanz des Hustens und der Stimme und fast ausnahmslos metallisch klingendes Succussionsgeräusch gefunden. Niemals konnte Höhen-

wechsel des Metallklangs beim Öffnen und Schließen des Mundes wahrgenommen werden.

Seifert (Würzburg).

---

189. **M. Heitler.** Über akute Herzerweiterung.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 22.)

Außer der Dilatation, die mit Hypertrophie sich durch mechanischen Einfluss bei Cirkulationsstörungen entwickelt, oft durch Texturerkrankung des Herzens begünstigt, giebt es eine akute Dilatation entweder am normalen oder an dem schon chronich dilatirten Herzen. Akute Dilatationen entstehen und verschwinden mit überraschender Geschwindigkeit, sie liefern die Erscheinung einer akuten Insufficienz der Herzthätigkeit, die fälschlich auf akute Endokarditis oder auf alte Klappenfehler bezogen werden kann. Die akute Dilatation kann alle Herzhöhlen oder nur eine befallen; manchmal sieht man sie von einer auf andere Herzhöhlen übergehen und zwar entsteht und schwindet sie so rasch, dass das Herz fortwährenden Volumsschwankungen unterworfen ist, und dass selbst im Verlauf eines Tages die Perkussionsverhältnisse sich wesentlich ändern. Hierfür wird ein Beispiel angeführt, betreffend ein Mädchen mit Insufficienz und Stenose der Mitralis, wo innerhalb etwa fünf Minuten die Krankheitserscheinungen wesentliche objektive Veränderungen zeigten. Das normale Herz kann akut erweitert werden im Beginn fieberhafter Krankheiten und ist dann die Dilatation noch nicht, wie etwa im späteren Stadium des Typhus, auf Texturerkrankung zu beziehen; die Zeichen sind verbreiterte Dämpfung, Verlegung und Verbreiterung des Spitzenstoßes, systolische Geräusche an den venösen und arteriellen Ostien. Der zweite Pulmonalton accentuirt, der zweite Aortenton schwächer oder unhörbar, der Puls klein. Bei Pneumonie kommt akute Dilatation des rechten Ventrikels vor. Häufig ist das Vorkommen, aber schwierig die Diagnose der akuten Erweiterung bei akuter Endokarditis. Nur das eventuell öftere Verschwinden und Wiederauftreten der bedeutenden Dämpfung, also der Wechsel der Erscheinungen wird die Differentialdiagnose gegen Perikardialexsudate und Perikarditis stellen lassen. Akute Dilatation kommt ferner vor (manchmal längere Zeit persistirend) bei Chlorose und Anämien, bezogen auf Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Herzmuskels. Auch beim Morbus Brightii beobachtet man akute Herzdilatation.

Bei Klappenfehlern addiren sich zu den chronischen, akute Dilatationen, oft in rascher Aufeinanderfolge, bis sie permanent werden. Hierdurch wird wesentlich die Prognose beeinflusst, weil ein bedeutend erweitertes Herz noch einen gewissen Grad von Energie wieder erlangen kann. Dafür ein Beispiel, in welchem ein schon agonischer Zustand verschwand und der Exitus erst nach sechs Tagen eintrat. Beträchtliche Dilatationen entstehen, wenn Individuen mit Klappenfehlern fieberhaft erkranken. Der akuten Dilatation entsprechen Erscheinungen in den Lungen, zuerst unter den vor-

wiegenden Erscheinungen einer Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraume einhergehend, sich aber davon unterscheidend durch die Dampfungsgrenzen und den Wechsel auskultatorischer Erscheinungen. Kongestionen, durch die Herzdilatation bestimmt, in verschiedener Intensität und Ausbreitung. In andern Fällen gehen Herzdilatationen Lungenblutungen voraus oder sind gefolgt von Stauungserscheinungen in der Leber.

Der Ausgleich der Erscheinungen wird beherrscht vom Innervationsapparat und der Intaktheit des Herzmuskels. Von wesentlichem Einfluss ist die Ruhe und eklatant ist die Wirkung der Digitalis, außerdem scheint es, dass der mechanische Reiz der Perkussion unter Umständen erregend auf das Herz wirkt, es zu stärkerer Kontraktion anregt.

Finkler (Bonn).

---

190. **Braun.** Über die Herkunft von Botriocephalus latus.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. p. 119).

Die Beobachtung, dass alle Thiere, in denen Botriocephalen vorkommen, Fischesser sind und dass schon in Fischen Jugendzustände von Botriocephalen gefunden wurden, veranlassten Verf. in Dorpat die gewöhnlich dort auf den Markt kommenden Fische zu untersuchen. Er fand, dass in den Geschlechtsdrüsen, der Muskulatur, Leber, Milz etc. des gewöhnlichen Hechtes und der Quappe (Lota vulgaris) (beides Fische, die dort eine gewöhnliche Nahrung bilden) zahlreiche junge Botriocephalen vorkommen. Es gelang aber auch weiterhin solche Scolices auf Hunde und Katzen zu übertragen und unter Anwendung aller Kautelen zur Vermeidung von Beobachtungsfehlern aus jenen Scolices geschlechtsreife Thiere zu erzielen. Diese so erhaltenen Botriocephalen stimmten genau mit den menschlichen überein. Damit ist der Beweis erbracht, dass die genannten Fische die Infektionsquelle für den Botriocephalus abgeben.

Ribbert (Bonn).

---

191. **Archambault.** Traitement de la syphilis infantile congenitale. Behandlung der ererbten Syphilis bei Kindern.

(Gaz. des hôpitaux 1882. No. 51.)

An die Spitze stellt Verf. die prophylaktische Behandlung der syphilitischen Mutter in der Gravidität, welche selbst vorgenommen werden soll, wenn bei latenter Syphilis erst einige Jahre seit der letzten Manifestation verstrichen sind. Bei der Behandlung des Kindes selbst ist die merkurielle Methode allen anderen vorzuziehen. Verf. hält die Kalomelbehandlung für unbequem und giebt dem Sublimat entschieden den Vorzug. Er beginnt gewöhnlich mit einer Dosis von 0,0015 g und steigt je nach der Schwere des Falles auf 4—5 mg pro die. Eine sehr zweckmäßige Darreichungsweise ist der Liqueur de van Swieten, eine Sublimatlösung, welche eine höchst

genaue Dosirung zulässt; 30 gtt. = 0,0015 Sublimat. Die Kur findet ihr Ende mit dem Schwinden aller Symptome, eine Quecksilberintoxikation kommt bei Kindern nicht vor. Magen- resp. Darmerscheinungen veranlasste die Sublimatbehandlung nicht, im Gegentheil verschwinden solche schnell; wo sie sehr heftig sind, kann man $^1/_2$ bis 2 gtt. Laudanum zusetzen, oder man giebt 0,05 Hydrarg. cum. cret. mit $^1/_2$ gtt. Laudanum. Die Inunktionskur hält Verf. wegen der Empfindlichkeit der Haut für unzweckmäßig, auch unzuverlässig; nur für leichte Fälle genügt sie. In schweren Fällen muss man sie mit der internen Behandlung kombiniren. Sublimatbäder können bei Syphiliden die innerliche Behandlung unterstützen.

Kohts (Straßburg).

---

192. **Stumpf.** Über die Veränderung der Milchsekretion unter dem Einfluss einiger Medikamente.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXX. Hft. 3 u. 4. p. 201.)

Für die Quantität und Qualität der Milch muss in erster Linie von Bedeutung sein die Entwicklung des Milch bereitenden Organs. Individualität, Thierart und Rasse sind zunächst für die Quantität bestimmend; Fett-, Eiweiß-, Zuckergehalt gehen durchaus nicht mit dem Gesammtertrag parallel. Das Alter hat geringeren Einfluss auf Quantität und Qualität. Mit der Dauer der Laktation zeigt die Quantität Anfangs eine Zunahme, später eine Abnahme. Die qualitativen Verhältnisse zeigen dabei keine übereinstimmenden Veränderungen. Augenscheinlichen Einfluss gewinnen die physiologischen und pathologischen Vorgänge im Genitalapparat. Bei akuten und chronischen Erkrankungen scheint das Fieber eine Verminderung der Gesammtmenge, eine Abnahme des Zuckergehaltes, aber Vermehrung des Eiweißgehaltes herbeizuführen.

Es ist sicher, dass die Nahrung einen Einfluss auf die Milchsekretion ausübt, da diese aber nicht absolut von der Nahrung und der Eiweißzersetzung abhängig ist, so kann die Milch nicht für ein einfaches Transsudat gehalten werden, sondern sie wäre gewissermaßen als ein verflüssigtes Organ aufzufassen. Auflösung der Epithelien oder Entleerung des Inhaltes der Epithelzellen (Stricker und Langer und Partsch). Rauber bestreitet das Zugrundegehen der Epithelien und betrachtet die Alveolarmembran als »reine Dialysenmembran«. (Auswanderung lymphoider Zellen.) Von Nervengebieten steht eine hohe Bedeutung der sensiblen Nerven der Haut (Saugen und Melken, Faradisation der Haut) auf die Milchsekretion fest.

Wenn (nach Röhrig und Winkler) Mittel, die den Blutdruck erhöhen, momentan die Milchsekretion vermehren, so scheint es doch, nach der Gesammtmenge zu urtheilen, keine »milchtreibenden Mittel« zu geben. Der Qualität nach ist eher eine Beeinflussung der Sekretion denkbar. Dass Arzneistoffe in die Milch übergehen ist sicher. Das beweisen der Übergang von Farbstoffen, von fremden

denden Spuren anderer Stoffe kann man füglich unberücksichtigt lassen.« B. hat selber die Stoffe entweder Morgens nüchtern mit Wasser, oder Nachmittags oder Abends mit Wein oder gutem alten Kognak eingenommen.

Der Aldehyd wirkte heftig reizend auf die Schleimhaut der ersten Wege, und in zweiter Linie auf das Nervensystem. Die Erscheinungen gehen rasch vorüber. Die leichter berauschende Wirkung junger Weine scheint sich nach B. zum Theil hierauf zu beziehen.

Die Wirkungen des Paraldehyds und Acetals sind ähnlicher Art, aber nicht so vorübergehend. Nachwirkungen ließen sich noch am nächsten Tage verspüren. Für die Alkohole (Propyl-, Isobutyl-, Amyl-) ergaben sich die Erscheinungen des Brennens im Munde, Hitze im Kopf, Stirnkopfschmerz, Erstickungsgefühl, Übelkeit, Berauschtsein in mit der Formel des Alkohols aufsteigendem Grade.

Amylalkohol erwies sich als sehr heftig wirkendes Gift. Jedenfalls steht der Schluss fest, dass »die Verunreinigungen des Kartoffelbranntweins auf den menschlichen Organismus ganz unvergleichlich viel stärkere Wirkungen ausüben als der Äthylalkohol.« Die Wirkung ist um so stärker, je besser der betreffende Stoff gelöst ist.

»Auf Grund meiner Versuche und obiger Auseinandersetzungen glaube ich mich daher zu dem Schluss berechtigt, dass zwar die Erscheinungen des Alkoholismus am raschesten und intensivsten durch den Missbrauch schlechten Branntweins hervorgerufen werden und dass die Verunreinigungen dieses Letzteren dabei eine wesentliche Rolle spielen, dass aber auch Lösungen von reinem Äthylalkohol, wie wir sie in Bier, Wein und den guten Branntweinsorten vor uns haben, im Übermaß längere Zeit hindurch genossen, Schädigungen der menschlichen Gesundheit herbeiführen, und zwar um so schneller und in um so stärkerem Grade, je koncentrirter die Lösung des Äthylalkohols ist. Ziehen wir daraus die Nutzanwendung für die Praxis, so folgt:

1) Das Feilhalten und der Ausschank unreiner Branntweine ist zu verbieten.

2) Da eine Reinigung der gewöhnlichen billigen Branntweinsorten des Konsums nach den bis jetzt gebräuchlichen Methoden nur unvollständig erreicht wird, da ferner auch der reine Äthylalkohol in koncentrirtem Zustande kein für den menschlichen Organismus indifferenter Stoff ist, so ist die Verwendung des Branntweins als Genussmittel überhaupt in jeder Weise zu bekämpfen.«

Finkler (Bonn).

---

195. **Otto Seifert.** Über Behandlung von Diphtheritis mit Chinolin.

(**Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 22, 23 u. 24.**)

Chinolin, ein Bestandtheil des Steinkohlentheers, wurde von Runge zuerst dargestellt. Die freie Base ist in Wasser unlöslich.

leicht löslich in Alkohol, Äther, Chloroform, Benzin; das weinsteinsaure Salz eignet sich besonders zum inneren Gebrauch. Donath fand, dass eine 0,2%ige Lösung des Chinolins schon eine starke antiseptische Wirkung besitze, stärker als unsere gewöhnlichen Antiseptica.

Verf. benutzte Chinolinum tartaricum als Antipyreticum und kam so auf den Gedanken, seine antiseptische Wirkung bei der Diphtherie zu probiren. Anfangs wurde dieses Salz zur Bepinselung der afficirten Rachenpartien und zwar in 5%iger wässriger Lösung angewandt. Der unangenehme Geruch und Geschmack, so wie seine schlechte Löslichkeit veranlassten Verf., in seinen späteren Versuchen eine 5%ige Lösung von Chinolinum purum in Wasser und Alkohol ana anzuwenden; daneben als Gurgelwasser:

Chinolin. pur. 1,0
Aq. destill. 500,0
Spir. vin. 50,0
Ol. Menth. pip. gtt. II.

Er trägt der Kasuistik durch Mittheilungen mehrerer Fälle Rechnung, die er in leichte und schwere theilt.

Die ersteren 10, dazu 2 mit Chinolin. tartar. behandelt und 4 Fälle, komplicirt mit Endo- oder Perikarditis, zeigen eine prompte Wirkung; nach 12 Stunden Nachlass der Schlingbeschwerden und nach 48 Stunden Verschwinden der diphtheritischen Membranen. Die subjektiven Erleichterungen des Schlingaktes waren so bedeutend, dass die Pat. sich gern weitere Pinselungen gefallen ließen.

Im Anschluss an diese Fälle erwähnt Verf. noch: Bei einer Wärterin der Diphtheritiskranken schloss sich nach einer Angina ohne diphtheritischen Belag doch eine Endokarditis an, und bei einem 15jährigen Pat. mit diphtheritischen Belegen beider Tonsillen und diphtheritischen Geschwüren an der oberen und unteren Zungenfläche reinigten sich nur die bepinselten Stellen.

In der Rubrik der schweren Fälle werden 7 aufgezählt. Es handelte sich um Scharlachdiphtheritis, hochgradige diphtheritische Affektionen des weichen Gaumens und der Trachealwunde, der Choanen und zwei Fälle komplicirt mit Angina phlegmonosa. Von den beiden letzten Fällen mit Gangrän der Tonsille und einem letal verlaufenden Falle eines $1^1/_2$jährigen Kindes, welches vorher äußerst anämisch war, Zeichen von Bronchialdrüsenschwellung und kongenitaler Syphilis dargeboten hatte, abgesehen, zeigte sich in allen übrigen, dass das Chinolin »eine kräftige antiseptische Wirkung besitzt, in hohen Koncentrationsgraden lokal angewandt werden darf, ohne irgend welchen Nachtheil allgemeiner Art weder für Kinder noch für Erwachsene, dass die Einwirkung (auch bei hohen Koncentrationsgraden) auf die Schleimhäute eine rasch vorübergehend unangenehme ist, nur ein geringes Gefühl von Brennen verursacht«. Zum Schluss betont Verf. den schmerzstillenden Einfluss der Chinolinbehandlung

und fordert zur weiteren Prüfung dieses Mittels dringend auf. Die gebrauchten Haar- resp. Baumwollenpinsel werden sofort verbrannt.

Menche (Bonn).

---

196. **Nahmmacher.** Über den therapeutischen Werth der Chinolinpräparate. (Aus der Greifswalder medicinischen Klinik.)

(Wiener med. Blätter 1882. No. 21, 22 u. 23.)

Verf. hat zunächst die Präparate Chinolinum tartaricum und tannicum bei Kaninchen geprüft. Die Substanzen wurden in Lösungen, aus denen sie sich allerdings leicht niederschlugen, subkutan injicirt. Der Effekt war in den beschriebenen Versuchen stets eine Temperaturabsenkung beim normalen Thier (Biach und Loimann). Der Abfall wurde gewöhnlich innerhalb einer Stunde erreicht. Ihm folgte eine Erhebung der Temperatur gewöhnlich über die Norm. Den erkennbaren auffälligen Wechsel der Respirationsfrequenz hält Verf. mehr für die Folge des Insultes und der Angst, und bestätigt nicht ohne Weiteres die von Biach und Loimann gefundene Herabsetzung der Athemfrequenz.

Bei Menschen wurde das Mittel in einer Reihe von Fällen in Anwendung gebracht:

Ein Fall von Febris intermittens. Es wird mehrere Male in Zwischenräumen von einer Stunde je 0,5 Chinol. tartaric. in Oblate gegeben. Die Anfälle wurden weder verzögert, noch in ihrer Heftigkeit beeinträchtigt.

Ein Fall von Typhus recurrens wurde in der fieberfreien Zeit mit Chinol. tannicum behandelt. Da eine Abnahme der Milz nicht eintritt, wird die Behandlung verlassen.

In einem Falle von Typhus abdominal. wird von der fortgesetzten Anwendung Abstand genommen, da eine Temperatur herabsetzende Wirkung nicht zu konstatiren war.

In einem angeführten Fall von Phthise und einem von Typhus exanthematicus ist ebenfalls kein Einfluss verzeichnet, so dass Verf. schließt, dass in den von ihm angewandten Dosen (bis zu 2,0 pro die) in den angeführten Fällen kein antifebriler Effekt zu erzielen war, selbst nicht in Fällen, bei denen die Wasserbehandlung die Temperatur faktisch herabsetzte. Nur schien bei dem Phthisiker die nächtliche Schweißsekretion herabgesetzt zu werden. Zu Gunsten des Mittels spricht der Umstand, dass ihm die unangenehmen Nebenwirkungen des Chinins nicht zukommen; Kopfschmerz, Schwindel. Ohrensausen ist nicht bemerkt worden. Verf. zieht nach Versuchen an sich die Einnahme der Pulver der der Lösungen vor.

Finkler (Bonn).

---

197) **W. Hesse.** Über quantitative Staubbestimmungen in Arbeitsräumen.

(Eulenberg's Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin etc. Bd. XXXVI. Hft. 2. p. 329—339.)

Verf. hat die in verschiedenen Arbeitsräumen zur Arbeitszeit befindliche Staubmenge zu bestimmen versucht. Die Versuchsanordnung war folgende: vermittels eines Tropfenaspirators wurde die staubhaltige Luft durch ein mit einer Gasuhr in Verbindung gebrachtes Glasröhrchen gezogen, das mit Watte (oder Glaswolle) gefüllt war. Dieses Glasröhrchen war etwa 8 cm lang, besaß einen Durchmesser von ungefähr 1 cm, war an beiden Enden mit gut eingeriebenen Glasstöpseln versehen, und wog mit diesen etwa 7 g. Die Watte wurde in dasselbe in zwei von einander gesonderte Bäuschchen eingeführt, von denen das vordere zur Aufnahme des Staubes diente. Das hintere wurde nach Beendigung des Versuches herausgezogen und vorn hineingesteckt, um den vor dem vorderen Bäuschchen im Glasrohr liegen gebliebenen Staub zu sammeln und zurückzuschieben, so dass beim Aufsetzen und Wegnehmen des Glasstöpsels ein Staubverlust nicht mehr zu befürchten war. Vor und nach dem Versuche wurde das Röhrchen (incl. Watte, resp. Watte und Staub) einige Tage hindurch offen im Exsiccator über koncentrirter Schwefelsäure aufbewahrt, danach mit den Stöpseln verschlossen gewogen.

Die Differenz zwischen beiden Wägungen gab das Gewicht des Staubes an, der in einer durch die Gasuhr gemessenen Luftmenge enthalten war. Aus praktischen Gründen musste der Apparat immer an einem vor Störungen sicheren Ort, also von dem Standpunkt der Arbeiter etwas entfernt aufgestellt werden und konnte desshalb immer nur erheblich geringere Mengen Staubes angeben, als der Arbeiter wirklich einathmete. Verf. hält trotzdem seine Beobachtungen für wichtig genug, um andere Forscher zu ähnlichen Versuchen anzuregen. Seine Versuchsobjekte waren Filzschuhfabrik, Kunstmühle, Mahlmühle, Bildhauerei, mechanische Weberei, Papierfabrik (Hadersaal), Hutfabrik, Eisengießerei, Bürstenfabrik, Kohlengrube, Erzgrube und zum Vergleich seine eigenen Wohnräume. Während letztere nur unwägbare Staubpartikelchen ergaben, fanden sich in den übrigen Versuchen sehr verschiedene Staubmengen von 0,002 bis 0,175 g in 1 cbm. Verf. berechnet aus den gefundenen Zahlen die Menge Staubes, welche ein Arbeiter muthmaßlich im ganzen Jahr einathmet. Die geringsten Quantitäten ($3^1/_2$ bis $4^1/_2$ g) bietet die mechanische Weberei, die höchsten (107,55 und 150 g) das Eisenwerk im Putzraum. Die mikroskopische Untersuchung zeigt fast in allen Fällen Detritus der verarbeiteten Stoffe.

Verf. betont ausdrücklich, dass er im Allgemeinen nur sehr geringe Schädigungen der Gesundheit der Arbeiter in Folge der Staubinhalationen gefunden habe, dass er desshalb glaube, deren Schädlichkeit werde, wenn sie nicht giftige Stoffe betreffe, wie beispielsweise Arsen, überschätzt. Er glaubt, dass die ihnen zugeschriebene

Gefährlichkeit wahrscheinlich anderen Agentien, dem Arbeitslokal, der Art der Arbeit, der Stellung des Körpers, der Arbeitszeit, der Lebensweise und Ernährung etc. zuzuschreiben sei; auch würde ein nicht unerheblicher Theil des eingeathmeten Staubes theils in der Nase zurückgehalten, theils wieder ausgeathmet.

In hygienischer Beziehung betont Verf. die Wohlthätigkeit kräftiger Ventilation und verbesserter Produktionsweisen. Er erwartet von ferneren und erweiterten Untersuchungen Feststellung darüber, welche Eigenschaften des Staubes es sind, die schädlich wirken, über welche Grenze die Staubproduktion nicht hinausgehen darf und wie die schädlichen Einflüsse des Staubes zu beseitigen oder zu mildern sind.

Leo (Bonn).

Kasuistik.

198. **M. Deutsch.** Zur Pathologie und Therapie der Cardialgien.

(Wiener med. Blätter 1882. No. 23.)

Ein 37jähr. Mann bekam gewöhnlich um Mitternacht einen intensiven Schmerz im rechten Hypochondrium und der Magengrube. Der Schmerz war von enormer Heftigkeit, es wechselten schwächere und stärkere Paroxysmen; Genuss von Speisen etc. hatte für das Auftreten keine Bedeutung. Warme Milch pflegte ihn herabzusetzen. Früher hatte Pat. an Tic douloureux gelitten. Selbst bei vollem Bewusstsein gerieth bei ihm der rechte Oberschenkel oft in konvulsivische Bewegungen. bei geschlossenen Augen gerâth er stehend in deutliches Schwanken, wobei heftige fibrilläre Zuckungen der Augenlider eintraten. Diese Umstände und die Erfolglosigkeit lokaler Magentherapie durch Auspumpen etc., so wie der gastroskopische Nachweis der Intaktheit der Magenwände, begründeten die Diagnose der »Cardialgie als Ausdruck eines allgemeinen durch Irradiation entstandenen Leidens«. Als unterstützendes Moment wurde Anämie in Betracht gezogen.

D. ließ den Pat. täglich 4,0 einer Mischung von Ammonium und Natron bromatum ää mit einer Quantität doppeltkohlensauren Natrons nehmen, und zwar Abends vor dem Schlafengehen und auf nüchternen Magen. Dreimal täglich nach dem Essen nahm der Kranke 30 Tropfen Ferr. oxydat. dialysat. Unbeschränkte Diät, Wein und Bier erlaubt. Schon drei Tage nach Beginn dieser Medikation blieben die Anfälle aus. Pat. blieb vollkommen geheilt.

Finkler (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN
herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und Dr. D. Finkler,
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.
Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 15. Sonnabend, den 22. Juli. 1882.

199. Landerer. Einige Versuche über Gerinnung und über gelungene Transfusion nicht geschlagenen Blutes.

(Archiv für experiment. Pathol. und Pharmakol. Bd. XV. Hft. 5 u. 6. p. 427.)

Da auch im geschlagenen Blute das Fibrinferment sich bilden kann, und dadurch die Gefahr der Gerinnung nicht ausgeschlossen ist, suchte Verf. nach einer Möglichkeit, die Bildung oder Wirkung dieses Fermentes zu verhindern, ohne zugleich das Blut in seiner Beschaffenheit durchaus zu verändern. Da der Zusatz fermentwidriger Substanzen (Sublimat, Jod, Borsäure, Salicylsäure und Chinin) ohne Erfolg war, und die einfache Verdünnung nicht genügend Gerinnung verhindert, Verf. aber den gerinnungsverhindernden Einfluss der Säure, speciell der Kohlensäure, kannte, so versuchte er durch Einwirkung von Kochsalz und Kohlensäure zum Ziele zu gelangen. Es erwies sich, dass eine Kochsalzlösung von 6 pro mille mit Blut gemischt bei einem Verhältnis des Blutvolumens: Kochsalzlösung =

2 : 1 8 Minuten, = 5 : 4 10 Minuten, = 5 : 6 14 Minuten, = 3 : 8 40 Minuten lang die Gerinnung hinausschob. Nahm L. eine Kochsalzlösung, welche bei 5° C. mit Kohlensäure gesättigt war, so blieb bei Mischungsverhältnis 1 : 4 die Mischung 2 Stunden lang, bei 1 : 5 $2^1/_2$ Stunden lang vollkommen flüssig. Mit solchen Lösungen wurden nun 2 Transfusionsversuche gemacht. Die Blut-Kochsalzlösung wurde dabei auf 15° C. erwärmt. In einem Versuche wurden einem Hunde 1200 ccm Mischung (eignen Blutes mit Kochsalz) unter einem Drucke von 40 cm in ungefähr 5 Minuten infundirt. Etwas röthliche Verfärbung des ersten Harns war die einzige Erscheinung. Verf. findet in diesen Experimenten seine Ansicht bestätigt, dass die erste Gefahr bei traumatischer Anämie nicht in dem akuten Sauerstoffmangel beruht, sondern in der ungenügenden Füllung des Herzens und Arteriensystems, wesshalb auch die Zufuhr selbst einer indifferenten Flüssigkeit die Cirkulation sofort wieder in Gang setzen kann. Durch seine neue Art der Transfusion wird aber zugleich der zweiten Indikation genügt: Zufuhr einer neuen Menge sauerstoffbeladener Körperchen. **Finkler** (Bonn).

---

200. **Hagen** (Erlangen). Über Nierenkrankheiten als Ursachen von Geisteskrankheit.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

H. nimmt zur Grundlage seiner Abhandlung 12 fremde und 4 eigene Fälle und theilt dieselben in 2 Gruppen ein, »wovon die eine die Fälle von mehr oder weniger akuter Nephritis oder Bright-scher Krankheit, die andere die Fälle chronischer Nierendegeneration oder Defekte von Nierensubstanz enthält«. Die im Einzelnen mitgetheilten Fälle beweisen nach H.'s Auffassung, dass im Gefolge Bright'scher Krankheit, nicht bloß, wie man bisher vielfach irrthümlich annahm, Coma und Delirien, sondern auch Geisteskrankheiten im eigentlichen Sinne entstehen. Dieselben trugen überwiegend den Charakter der Melancholie, nur in einem Falle handelte es sich um eine länger dauernde Manie; einmal wurden epileptiforme Anfälle, zweimal Konvulsionen zugleich beobachtet. Die Nierenkrankheit war in allen Fällen zweifellos vor der psychischen Störung konstatirt. In einem Falle trat Genesung, in dem anderen schließlich der Tod ein. Bei der 2. Gruppe fand sich einmal hochgradige cystöse Entartung beider Nieren mit Atrophie, im 2. Falle Hydronephrose der einen und Granularatrophie der anderen Niere, im 3. Granularatrophie beider Nieren, im 4. bedeutende Atrophie der linken Niere bei angeborenem Defekte der anderen. Nach den Wägungen anderer Schriftsteller berechnet H. das Durchschnittsgewicht beider Nieren zusammen, beim männlichen Geschlecht zu 320, beim weiblichen zu 280 g, während in drei seiner Fälle der 2. Gruppe das Gesammtgewicht beider Nieren 154, 135 (inck Cysteninhalt) einmal selbst nur 82 g betrug. Die mit so hochgradigem Mangel der Nieren-

substanz nothwendig verbundene zu geringe Harnausscheidung wirkt aber erst mit zum Auftreten einer wirklichen psychischen Krankheit, wenn die bisherige Kompensation durch anderweitige Stoffausscheidung, welche die Wirkungen der Insufficienz der Nieren ausglich, plötzlich aufhört, wie bei Herzschwäche in Folge deprimirender Gemüthsaffekte, bei Störungen der Hautfunktion oder bei fieberhaften Krankheiten, bei welchen der Zerfall der Gewebe beschleunigt und größere Ansprüche an die Harnsekretion gemacht werden. Die psychischen Störungen können dabei allmählich oder ziemlich plötzlich je nach Art der Entwicklung der urämischen Blutvergiftung in die Erscheinung treten, und zwar als aktive Melancholie oder Manie oder als Delirien. H. betrachtet nach seinen Erörterungen es als unzweifelhaft, dass Nierenkrankheiten bald durch akute, bald durch chronische Urämie zu Ursachen von Geisteskrankheiten werden können.

Oebeke (Endenich).

---

201. **Berger.** Über Tabes dorsalis.

(Verhandlungen der medicinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Sitzung vom 8. Juli 1881.)

Herr Elias spricht über eine doppelseitige Dehnung des N. ischiadicus bei vorgeschrittener Tabes. (Der als Aufsatz in der Breslauer ärztlichen Zeitschrift erschienene Vortrag wurde bereits in No. 37 1881 dieses Blattes referirt.)

In der Diskussion hebt B. hervor, dass er schon seit längerer Zeit von der gewöhnlichen Tabes eine Pseudotabes unterscheide, welche die Mehrzahl der für echte Tabes charakteristischen Symptome, auch das Verschwinden der Patellarreflexe darbiete, so dass die Differentialdiagnose äußerst schwierig sei. Diese Pseudotabes wäre nicht ohne Weiteres mit den bisher als akute Ataxien beschriebenen Fällen zu identificiren, sie könne in auffallend akuter Weise zum Ausbruch kommen, andererseits aber auch chronisch sich entwickeln. Unter seinen seit 13 Jahren gesammelten Beobachtungen von Tabes dorsalis sind 9 Fälle, die sich von der großen Zahl der übrigen dadurch abheben, dass sie dauernd geheilt wurden — ohne Nervendehnung. In einem Falle ergab die Obduktion normales Rückenmark. Eine wirkliche Heilung dieser Pseudotabes durch Nervendehnung dürfte nicht Wunder nehmen. Bezüglich der unzweifelhaft echten Tabesfälle von Langenbuch erinnert B. daran, dass auch die echte Tabes gar nicht selten in ihrem Verlauf auffallende Remissionen darbietet. So findet sich häufig eine Besserung der Hautsensibilität, ja Restitution bis zum Tode. Die Besserung der Sensibilität durch Dehnung sei nicht zurückzuführen auf anatomische Einwirkungen auf die erkrankten Partien des Rückenmarks, sondern es würden künstlich Zustände bedingt, wie sie auch spontan sich langsam abwickeln; es dürfte eher an einen molekularen dynamischen Effekt zu denken sein, als an einen direkt anatomischen. Der Vortragende wendet sich nun

gegen die Mittheilungen Langenbuch's in der Berliner klinischen Wochenschrift, welche nicht geeignet schienen, den Enthusiasmus des Autors in weitere Kreise zu tragen. Der theoretische Theil, speciell die Begründung der ad hoc konstruirten Theorie der Tabes, nach welcher dieselbe eine primäre Krankheit der peripheren Nerven sei und erst sekundär zu einer medullären Läsion führe, dürfte kaum genügend erscheinen, um die seit längerer Zeit gültige Anschauung, dass die Tabes ein primär centrales Leiden sei, zu erschüttern. Am entschiedensten wurde die Kritik herausgefordert durch die von Langenbuch mitgetheilte Kasuistik, die eigentliche Grundlage der ganzen Arbeit. In dem mitgetheilten Fall von halbseitiger Seitenstrangsklerose sei die Diagnose in keiner Weise berechtigt, auch die beiden Fälle von multipler Sklerose wären durchaus anfechtbar. Wenn Langenbuch der Ansicht wäre, dass unter dem Schutz der Antisepsis nichts zu verlieren, viel zu gewinnen sei, so könnte Vortragender 2 in Berlin operirte Fälle mit tödlichem Ausgang namhaft machen, auch ein von Socin operirter Fall wäre 15 Tage post operationem durch Lungenembolien, ausgegangen von einer Thrombose der Vena cruralis, letal verlaufen, B. selbst habe einen Fall in Folge der Operation verloren. Den Langenbuch'schen Satz, dass es »Pflicht« der Ärzte sei, gegen die Tabes in erster Reihe die Nervendehnung zu versuchen, hält B. für ungerechtfertigt. Als symptomatische Behandlungsmethode verdiene sie in gewissen Fällen da versucht zu werden, wo andere therapeutische Maßnahmen im Stiche gelassen haben.

Julius Wolff (Breslau).

---

202. **E. Wiet** (Paris). Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs. Beitrag zum Studium der Nervendehnung.

Paris, **Germer-Baillière**, 1882. 168 S.

Im ersten Kapitel dieses Werkes wird die Geschichte und die Litteratur der experimentellen Nervendehnung, zum Theil mit wörtlichen Citaten oder Übersetzungen der Autoren, behandelt; alsdann erörtert der Verf. selbst die Nervendehnung vom experimentellen Gesichtspunkt.

Durch eine starke Dehnung des Ischiadicus entsteht Anästhesie in dessen Gebiet, durch Reize auf der entgegengesetzten Seite werden aber Reflexe ausgelöst, die sich auf den gedehnten Nerven erstrecken; die absteigende Leitung ist also erhalten (eigene Versuche, Laborde, Quinquaud, Scheving).

Es entsteht die Frage, ob die Dehnung auf den Nerven (P. Vogt) oder auf das Rückenmark wirkt (P. Bert). Für letztere Wirkung sprechen W.'s Versuche über Dehnung des Vagus, durch welche im Bulbus sichtbare Injektion, bisweilen sogar leichte Hämorrhagien erzeugt wurden. W. hat mit Marcus untersucht, ob die Dehnung nicht auch die Fähigkeit der Leitung in den sensiblen Fasern selbst aufhebt. Mikroskopisch findet sich in der That bei Osmiumfärbung

der Achsencylinder vom Myelin durch einen gelblichen Ring getrennt. In verschiedenen Epochen konstatirt man alle die gewöhnlichen charakteristischen Zeichen der Entartung. Bei Katzen fand sich 24 Stunden nach der Operation trotz vorhandener Anästhesie noch nirgends eine Veränderung. Nach 8 Tagen sah man Läsionen höher oben nur am centralen Ende, während das periphere normal war. Verf. kommt zu dem Schluss, dass der Verlust der Sensibilität bei fortbestehender Motilität herrührt von morphologischen Modifikationen der sensiblen Fasern, die ihren Ausgangspunkt im Rückenmark haben. Sie beruhen auf einer geringeren Resistenz der centralen Nervenzellen, in welchen die Fasern der hinteren Wurzeln enden. Zu ungefähr denselben Resultaten sind Quinquaud und Scheving gelangt. Nach letzterem leidet bei vorwiegend centraler Wirkung der Dehnung mehr die Sensibilität, bei peripherer Wirkung die Motilität. Prévost fand, wie bei der Nervendurchschneidung, sogenannte Waller'sche Entartung, die je nach der Art der Operation mehr oder weniger ausgedehnt war, in gewissen Fällen aufsteigende Neuritis, Witkowski eben so in gedehnten Nerven entartete und gesunde Nervenröhren.

Weiterhin bespricht Verf. die trophischen Störungen im Gefolge der Nervendehnung. Nach starker Dehnung des Ischiadicus (beim Meerschweinchen) entsteht vom 15.—30. Tage eine Ulceration an den von diesem Nerven versorgten Zehen, die zu einer wahren Gangrän führt, und zwar zur Zeit der Wiederkehr der Sensibilität, d. h. des Beginnes der Regeneration der Nerven. Die Ursache dieser Störungen hat ihren Sitz im Nerven selbst. Häufig beobachtet man auch in diesen Fällen Anschwellungen (tumeurs blanches, Prévost) und elephantiasisartige Veränderungen aller Gewebe incl. der Knochen (Wiet, Quinquaud). So entstand bei einem Meerschweinchen, an welchem ein Ischiadicus bis zur kompleten Anästhesie gedehnt war, nach einer Woche Schwellung besonders der äußeren Partie des Gliedes, die während der nächsten 3 Wochen bis zu enormer elephantiastischer Auftreibung zunahm. Es fand sich eine Neuritis, Infiltration des Zellgewebes mit embryonalen und fibrillären Elementen und seröser Flüssigkeit, starke Entwicklung der Gefäße, ohne Eiterbildung. Nach 1 Monat dehnte sich der Process bis zur Hüfte aus. Dieselben Veränderungen wurden in einem 2. Falle beobachtet. Außerdem kommt es zu anhaltender Muskelatrophie, wie in folgender Beobachtung Quinquaud's. Am 16. Tag nach der Operation, welche vollständige Anästhesie bewirkt hatte, Untergang der mittleren Zehe, weiterhin Erschlaffung und Volumsverminderung der Schenkelmuskeln um ein Viertel der Dicke. 4 Monate später ist die Atrophie trotz der Wiederkehr der Sensibilität nicht verschwunden. Die Nerven befanden sich im Regenerationsstadium.

W. beobachtete ferner schwere trophische Störungen in verschiedenen Theilen des Ohres nach Dehnung des Vagus (s. unten).

Dass man beim Menschen relativ selten trophische Störungen wahrgenommen hat, liegt wohl daran, dass die Dehnung relativ

schwächer als an den Thieren ausgeführt wird. Gillette fand an der Leiche, dass der Ischiadicus bis zum Zerreißen im Mittel 150 Pfund, der Medianus, Radialis und Ulnaris im Mittel 90 Pfund trägt. Billroth hat nach einer Ischiadicusdehnung am Menschen Entzündung aller Nagelbetten beobachtet.

Ein weiterer Effekt der Nervendehnung ist die von Quinquaud wiederholt konstatirte und als »Transfert méchanique« bezeichnete Thatsache, dass in einem bis zur Anästhesie gedehnten Ischiadicus die Sensibilität wiederkehrt, wenn der gleiche Nerv auf der anderen Seite nachträglich gedehnt wird; das Gleiche findet auch Statt im Gebiet des gedehnten Ulnaris bei nachfolgender Dehnung des Ischiadicus. Es handelt sich hier also um ein »phénomène à distance« wie es Brown-Séquard in ähnlicher Weise beschrieben, um eine Modifikation des Tonus der Nervenzellen. Prévost konnte Quinquaud's und Brown-Séquard's Versuche nicht bestätigen. Dass hier aber eine Reizung des Rückenmarks angenommen werden muss, dafür spricht auch die Beobachtung von Quinquaud und Prévost (die von W. und Laborde bestätigt werden konnte), wonach bisweilen durch Ischiadicusdehnung wahre Spinalepilepsie hervorgerufen wird. Es liegt hier eine eigenthümliche Analogie vor zwischen den Resultaten der Nervendehnung und der halbseitigen Durchschneidung des Rückenmarkes. Dagegen fielen Prévost's Versuche, durch Nervendehnung die künstliche Epilepsie an Thieren zu heilen, negativ aus.

In einem 2. Kapitel behandelt der Verf. die Nervendehnung als ein Verfahren bei physiologischen Versuchen. Die interessanteste Erscheinung bei der Nervendehnung ist der Moment, in welchem bei intakter motorischer Leitung die sensible vernichtet ist. Dieser Punkt, von früheren Experimentatoren nicht genügend beobachtet, gestattet eine physiologische Zergliederung der Funktionen des Nerven und verschafft uns da noch Aufklärung, wo das Mikroskop im Stiche lässt. Die Dehnung ergänzt gewissermaßen die Wirkung des Curare. Es ist als Ergänzung zu den Studien der Nervenfunktionen von Interesse, die Phänomene zu beobachten, welche bei centraler und peripherer Dehnung, so wie bei beiden gleichzeitig zu Tage treten. In dieser Weise haben Verf. und Marcus die Funktionen des Vagus studirt.

Dehnt man bei einem Kaninchen beide Vagi centralwärts, so entsteht zunächst in beiden Ohren eine beträchtliche Kongestion, einige Minuten später aber Kontraktion und nach kurzer Dauer anhaltende Dilatation der Gefäße, gleichzeitig vollständige doppelseitige Myosis; Tags darauf Athembeschwerden und sehr häufig Tod unter Asphyxie. Bei der Sektion finden sich Veränderungen wie bei einer Pneumonie. Bisweilen erfolgt auch in ca. 3 Wochen Heilung. In gewissen Fällen treten am 2. Tag vorübergehend Spuren von Zucker im Harn auf, was jedenfalls auf die Erschütterung des Nervencentrums zu beziehen ist. Einige Tage nach der Operation sieht man

eine Hyperämie unter der Ursprungsstelle der Vagi, in der oberen Partie der von Duval beschriebenen vasomotorischen Zone. Durch einen ähnlichen Mechanismus erklären sich auch die trophischen Störungen am Ohr, welche die Verf. später unter ähnlichen Bedingungen konstatirt haben, nämlich Fluxionen, Hämorrhagien und Eiterungen.

W. hat ferner mittels der graphischen Methode die Veränderungen der Respiration und des Herzschlages studirt. Schon das bloße Erfassen des Nerven mit irgend einem Instrument wirkt hier als leichte Dehnung; deutlicher aber treten die Veränderungen in die Erscheinung bei heftiger Dehnung, insbesondere beider Seiten. Bei erhaltenem Rhythmus wird die Zahl der Respirationen 3mal geringer als vor der Operation. Die Kurve steigt rasch an, wird dann flach und sinkt langsam ab. Die Athemexkursion erfährt eine beträchtliche Zunahme. Auch der Herzstoß erleidet eine der Respiration proportionale Verlangsamung und Zunahme der Energie. Nach 25 Minuten bessern sich die Phänomene; es bleibt jedoch noch ein Plus in der Exkursion und eine geringere Geschwindigkeit zurück. Diese Erscheinungen rühren zweifellos her von einer Herabsetzung der Leitung für die bulbäre Erregung. Denn beim Kaninchen wie beim Hunde hat die Erregung der Vago-Sympathici mittels des primären Stromes nie völligen Herzstillstand bewirken können, so lange künstliche Respiration unterhalten wurde.

In dem klinischen Theile seines Werkes bringt W. eine reichhaltige Kasuistik der Nervendehnung, zum Theil in wörtlichen Citaten oder Übersetzungen der Autoren. Zunächst werden 9 Beobachtungen von Tetanus aufgeführt, worunter 2 von P. Vogt, bei denen gar keine Nervendehnung stattfand. Von dem gleichen Autor wird ein und derselbe Fall als 2 verschiedene Beobachtungen citirt. Dann folgen 3 durch Nervendehnung behandelte Fälle von Kontrakturen (Billroth, Nussbaum, Gartner), ferner 3 Fälle von Lähmungen, 1 Neuritis, 6 Fälle von Tic convulsif (Bernhardt, Putnam, Schüssler, Eulenburg), 18 Fälle von Neuralgien, worunter mehrere Trigeminusneuralgien mit Blepharospasmus. W. hat das excidirte Stück eines wegen Neuralgie gedehnten N. supraorbitalis histologisch untersucht. Die Nervenfasern waren ihrer Markscheide beraubt und reducirt auf Achsencylinder und Schwann'sche Scheide. Der gleiche Befund ergab sich an einer Leiche, wo man gleichzeitig beobachtete, dass die Dehnung des genannten Nerven bis zum Ganglion Gasseri wirkte. Die überlegene Wirksamkeit der Dehnung gegenüber der Durchschneidung und Excision hängt daher ab von einer Erschütterung, die sich von den Nerven bis auf die Centren und Ganglien erstreckt. Für diese Fernwirkung spricht auch die Beobachtung des Verf., dass bei einer Dehnung des N. infraorbitalis reichlicher Schleim aus der entsprechenden Nasenhälfte floss (Reizung des Gangl. spheno-palat.), während nach der Operation die Nasenhälfte trockener war als die andere. Wenn auch der nach dieser Opera-

tion bei Neuralgien verflossene Zeitraum noch nicht ausreicht, um von einer definitiven Heilung zu sprechen, so ist doch ein augenblicklicher eklatanter Erfolg nicht zu bestreiten. Im Anschluss hieran giebt W. des Genaueren das operative Verfahren an bei der Dehnung des N. supra- und infraorbitalis. Dann folgen 2 Fälle von Lepra anaesthetica aus der Litteratur, die mit Nervendehnung behandelt wurden, endlich 6 mit Dehnung behandelte Fälle von Tabes (v. Langenbuch, Esmarch, Erlenmeyer, Sury-Bienz und eigene Beobachtungen). Unter den letzteren war ein weit vorgeschrittener Fall im paralytischen Stadium, welchen Gillette operirte. In diesem verschwanden die Schmerzen vollständig auch in den nicht operirten Gliedern, die Sensibilität besserte sich bis zur Norm, auch das Muskelgefühl, so wie die Ataxie wurden gebessert, während die Sehnenreflexe nicht wiederkehrten, die Myosis fortbestand. Ähnlich waren die Resultate in einem 2. Falle.

Weiterhin giebt der Verf. das von P. Vogt angegebene Operationsverfahren bei der Freilegung der wichtigsten Nerven in wörtlicher Übersetzung und mit Kopien der Abbildungen wieder.

Die Schlussfolgerungen, zu welchen W. gelangt, sind folgende:

I. Die Dehnung eines gemischten Nerven, welche einen Zug direkt auf das Centralorgan ausübt, vernichtet die Sensibilität in dem Gebiet dieses Nerven; sie verschont — wenn nicht übertrieben — die Motilität.

II. Die mit großer Kraft ausgeübte Dehnung verursacht trophische Störungen in dem vom gedehnten Nerven versorgten Gebiet.

III. Die Dehnung kann als experimentelles Verfahren dienen zur Prüfung der Funktion der Nerven. (Die Dehnung des Vagus ruft Pneumonie und manchmal Glykosurie hervor; sie bewirkt eine reflektorische Gefäßerweiterung des Ohres und Myosis, endlich eine Verlangsamung der Respiration und des Herzschlages.)

IV. Die Nervendehnung kann also, da sie sich besonders gegen die sensible Sphäre wendet, ausschließlich Anwendung finden gegen heftige Neuralgien und gegen die fulguranten Schmerzen der Ataxie.

Man muss daran denken, dass sie große Zufälle und in gewissen Fällen selbst den Tod herbeiführen kann.

Stintzing (München).

---

203. Gruetzner. Über elektrische Nervenreizung.

(Verhandlungen der medicinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Sitzung vom 15. Juli 1881.)

Die außerordentlich verschiedenen Erfolge eines elektrischen Reizes an einem und demselben Nervenstamme wären zurückzuführen auf die algebraische Addition des Reizstromes mit dem Nervenstrome. Letzterer sei stark entwickelt am Querschnitt oder an Quetschungsstellen. Überall mache sich die Wirkung des Nervenstromes als Reiz herabsetzendes oder erhöhendes Moment sehr bemerklich, besonders

wo schwache elektrische Ströme als Reize angewandt werden. So werde eine Reihe bisher unverständlicher Thatsachen auf das Einfachste erklärt, z. B. die verschiedene Erregbarkeit des Nerven an verschiedenen Punkten, die Wirkung des Querschnittes und die sogenannte Lücke. **Julius Wolff** (Breslau).

---

204. **Rejchman** (Warschau). Einiges über die Bestimmung des Grades und der Natur der Acidität des Mageninhaltes.

(Gazeta lekarska 1882. No. 3. [Polnisch.])

Edinger's Methode — Verschlucken von in Gelatinekapseln eingeschlossenen Schwämmchen — ist zur Erlangung von ausreichender Quantität des Mageninhaltes die bequemste und beste. Die Bestimmung des Aciditätsgrades vermittels Lakmuspapier ist ungenau; bessere Resultate giebt die Lösung von Phtaleinphenol 0,1 in 1 ccm Alkohol, 23 cm Aq. dest. und 1 Tropfen einer 40%igen Sodalösung; 15 Tropfen davon werden durch 1 Tropfen einer 0,2%igen Salzsäure dekolorirt.

Zur Bestimmung der Qualität der sauren Reaktion hält Verf. Berthelot-Richet's Verfahren (der sogenannte coëfficient de partage) für das genaueste, wiewohl es viel umständlicher ist als die Untersuchung mit Methylanilinviolett und Tropaeolin.

Smoleński (Ernsdorf in österr. Schlesien).

---

205. **Franz Riegel.** Über den Einfluss akuter Nephritis auf Herz und Gefäße. (Aus der medicinischen Klinik zu Gießen.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 23 u. 24.)

Während Veränderungen im Gebiet des Herzens und der Gefäße schon so vielfach mit chronischen Erkrankungen der Niere in Zusammenhang gebracht worden sind, ist die Frage nach solchem Verhalten bei akuter Nephritis verhältnismäßig spärlich berührt (Friedländer, Traube, Silbermann). R. hat schon 1878 auf das häufige Vorkommen erhöhter Gefäßspannung bei der akuten Nephritis hingewiesen und diese Spannungsveränderung an Kurven erläutert. Weitere Untersuchungen haben dies durchaus bestätigt, so dass jetzt Verf. den Satz aufstellt, dass bei der Mehrzahl der Fälle von akuter Nephritis eine Vermehrung der Gefäßspannung eintritt. Konstant findet sich dieselbe bei den schweren, unkomplicirten Formen »der akuten Nephritis«. Je intensiver die Nephritis, je hochgradiger die Störung der Harnabsonderung, desto rascher und sicherer kommt es zu einer hochgradigen Vermehrung der arteriellen Spannung. Die abnorme Spannung des Pulses ist so prägnant, dass R. wiederholt aus ihr die Diagnose der Nephritis gestellt hat und speciell bei einem Rekurrens-Fieberkranken aus der erhöhten Pulsspan-

nung eine komplicirende akute Nephritis bewies. Hierbei ist besonders zu beachten, dass ja sonst das Fieber an und für sich den Druck im Aortensystem herabsetze. Verf. theilt einen Fall mit, wo sich nach zweitägigem Bestand einer Nephritis eine äußerst hochgradige Gefäßspannung und wenige Tage später eine Herzvergrößerung nachweisen ließ. Das häufige Vorkommen der erhöhten Gefäßspannung bei akuter Nephritis wird an einer ganzen Reihe von Pulskurven demonstrirt und namentlich gezeigt, dass diese Veränderungen nicht nur bei jugendlichen Individuen, sondern auch bei Erwachsenen beobachtet werden. Vorwiegend ist die Scharlachnephritis geeignet Drucksteigerung zu erzeugen, wegen der starken Kompression der Glomerulusgefäße. Die Drucksteigerung und Pulsspannung kann ein Gradmesser für die Intensität der Nierenerkrankung sein. Beide gehen nicht mit der Dauer der Erkrankung parallel, sondern können auch im Beginn der Erkrankung hohe Grade erreichen. Ein häufiges Vorkommen ist die Pulsverlangsamung, welche im Zusammenhang mit der Drucksteigerung steht und von R. auch aus dieser abgeleitet wird. Für den Hydrops lässt sich keine Beziehung zu genannten Gefäßveränderungen nachweisen.

Die Veränderungen des Herzens (Hypertrophie und Dilatation) führt R.'s Beobachtung als sekundär auf erhöhte Gefäßspannung zurück, denn es lässt sich klinisch zuerst abnorme Drucksteigerung, später die Herzveränderung nachweisen; aus diesem Grund lässt R. für die Erklärung der Herzveränderung nach akuter Nephritis nur eine Theorie zu, welche in der Nierenerkrankung das Primäre, aber auch den Grund für die Herzvergrößerung sucht. Mit der Ansicht Traubes, dass nur mechanische Momente wirken, stimmt hier die klinische Beobachtung nicht überein. Es geht ja die Größe der Spannung keineswegs der Dauer der gestörten Nierenfunktion parallel und vermehrte Blutmenge ist nicht identisch mit Erhöhung des Blutdrucks zu setzen. Klinisch sahen wir aber zuerst erhöhten Blutdruck auftreten. Anlangend die chemische Theorie, schließt sich R. am meisten derjenigen an, welche Ewald für die atrophische harte Niere gegeben hat (Änderung der Zusammensetzung des Blutes, Erhöhung des Widerstands in den kleinsten Gefäßen, Wachsen des Blutdrucks, Hypertrophie des Herzens, Verdickung der Muscularis der kleinen Gefäße durch andauernde Kontraktion). Bei der akuten Nephritis wird das Kreislaufshindernis durch seine schnelle Entwicklung viel mächtiger als bei den chronischen Formen wirken. Die allgemeine Erhöhung des Blutdrucks führt R. hier nicht auf die Wasserretention und Ausfall von Gefäßbahnen zurück, sondern auf Gefäßkrampf in Folge der Zurückhaltung harnfähiger Stoffe. Für diese Auffassung finde er Analogie in der Bleiintoxikation, wo trotz großer Druckerhöhung und Gefäßspannung bei völliger Intaktheit des Nierenparenchyms oft sehr hochgradige Verminderung der Harnmenge eintritt, welche mit dem Nachlass des Gefäßkrampfes aufgehoben wird.

Finkler (Bonn).

206. **Jelenski.** Über die Behandlung des Abdominaltyphus mit Jodkali.

(Gazeta lekarska 1882. No. 2—4. [Polnisch.])

Verf. plaidirt warm für die Behandlung des Abdominaltyphus mit Kali jodatum, mit dem er seit vielen Jahren sehr gute Resultate erhalten haben will und das er für ein specifisches Mittel gegen obige Krankheit hält. Mit Zugrundelegung von 16 ausführlich mitgetheilten Typhusfällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Der Krankheitsverlauf der mit Jodkali behandelten Fälle wird regelmäßig und das Fieber weicht gewöhnlich mit dem 14., selten mit dem 16. Krankheitstage.

2) Die Diarrhoe lässt schon nach 2 bis 3 Tagen nach.

3) Gleichzeitig wird der Ileocoecalschmerz schwächer, um bald gänzlich zu schwinden.

4) Das Fieber verringert sich konstant von Tag zu Tag, im Gegensatz zu den nur momentan wirkenden Antipyreticis.

5) Ein Recidiv trat in keinem von Verf.s Fällen ein.

6) Alle Patienten des Verf.s genasen, also dürfte die Mortalität bei Jodkalibehandlung gering sein.

7) Die Rekonvalescenz dauerte kurz und unterlag keinen Komplikationen.

Betreffs der Wirkungsweise des Mittels im Abdominaltyphus weist Verf. auf die bekannten antiseptischen und antiparasitären Eigenschaften der Jodpräparate hin, die bei Typhus desto höher anzuschlagen seien, als Jodkali innerlich gereicht mit den afficirten Stellen der Darmschleimhaut in unmittelbare Berührung kommt und auf Grund seines großen Resorptionsvermögens von hier aus leicht in die Säftecirkulation tritt.

Smoleński (Ernsdorf in österr. Schlesien).

---

207. **W. Filehne.** Über die Entstehung der pathologisch-anatomischen Veränderungen des Magens bei Arsenikvergiftung und über die chemische Theorie der Arsenikvergiftung.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIII. Hft. 1.)

Nach einer Kritik der verschiedenen Anschauungen über die Entstehung der nach Arsenikvergiftung im Magen auftretenden Veränderungen, in so fern dieselben nur bedingungsweise als direkte durch Anätzung bewirkte Läsionen aufzufassen sind, durchschnittlich aber als Symptom einer Allgemeinwirkung erklärt werden müssen, geht F. zu einer eingehenderen Besprechung der von Binz und Schulz (Arch. für exp. Path. Bd. XI. p. 200) aufgestellten Erklärungsweise dieser Affektionen über.

F. wendet gegen die Binz'sche Idee, dass es sich bei der Entstehung der Degeneration in den Zellen der Magenschleimhaut »um

heftiges Hin- und Hersprühen von Sauerstoffatomen zwischen Eiweiß- und Arsenmolekülen« und dadurch bedingtes Ansengen der Eiweißmoleküle handele, ein, dass das Hin- und Herschwingen von O-Atomen bei der jedesmaligen Trennung nur so viel Wärme latent mache, als bei der vorigen Vereinigung frei wurde; also nicht mehr Wärme entstehen kann als der einmaligen Sättigung der stärksten Affinität entspricht, folglich ein durch die Fortdauer dieses Processes bedingtes »Ansengen« nicht vorkommen kann. Ferner: dem Arsen steht der Phosphor sowohl chemisch als in seinen Wirkungen äußerst nahe, aber die durch Phosphor bedingten ganz gleichen Degenerationen des Protoplasmas können nicht durch ein Hin- und Herschwingen von O-Atomen erklärt werden, da es dann gleichgültig sein müsste, ob Phosphor in höherer oder niederer Oxydationsstufe, oder als O-freier gelber Phosphor gereicht wird. Endlich bedarf Binz zur Erklärung des überwiegenden Auftretens der betreffenden Arrosionen an der hinteren Magenwand der Hypothese, dass die Nachbarschaft des Pankreas als ursächlicher Faktor mitwirke. So weit diese Erklärungsweise den menschlichen Magen betrifft, wendet F. dagegen ein, dass nach der Statistik außer der hinteren Wand viel öfter auch die vordere Wand hämorrhagisch ulcerös gefunden wurde, sehr oft auch die hämorrhagische Gastritis gleichmäßig über den ganzen Magen verbreitet war. Beim Kaninchen kann nach der Richtung der großen Curvatur der Magen nicht in eine vordere und hintere Wand eingetheilt werden, da hier die Lage des ganzen Organes zur Körperachse eine andere ist als beim Menschen. Für die Pathogenese der in Rede stehenden ulcerösen Gastritis nach Arsenvergiftung macht F. die saure Reaktion des Magensaftes verantwortlich. Von je zwei gleichen mit arseniger Säure subkutan vergifteten Kaninchen bleibt die Schleimhaut des dauernd alkalisirten Magens intakt, während das nicht behandelte Thier, dessen Mageninhalt stark sauer reagirt, die üblichen Veränderungen zeigt.

Es handelt sich daher bei der hämorrhagisch ulcerösen Gastritis nach Arsenikvergiftung um eine peptische Erscheinung. Vermöge der durch die Allgemeinvergiftung bedingten trüben Schwellung und fettigen Degeneration der Epithelien und der in ihrer Widerstandsfähigkeit geschwächten Blutgefäße kommt es zu einer Geschwürsbildung — Selbstverdauung — der Magenwand, welche in der gesunden vom Blut in normaler Weise versorgten Magenschleimhaut nicht möglich ist.

Schottelius (Marburg).

Kasuistik.

208. **Wilhelm Koch** (Dorpat). Ein kasuistischer und kritischer Beitrag zur Lehre von den Halswirbelverrenkungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 18.)

Ein Eisenbahnkondukteur war von den Puffern zweier Waggons gequetscht worden und trug eine 9tägige Bewusstlosigkeit und Lähmung der linken Extremitäten davon. Die Untersuchung nach 3 Monaten ließ eine Verrenkung des 5. Halswirbels gegen den 6. erkennen, bei welcher der 5. Gelenkfortsatz auf der rechten Seite vor den 6. sich gestellt hatte. Was den Fall vor allen bisher bekannten auszeichnet, ist die relative Gesundheit und Leistungsfähigkeit so lange Zeit nach einer irreponirten Luxation am Halse und nach Anfangs stürmischen Allgemeinerscheinungen. Es waren nämlich zurückgeblieben atrophische und paretische Zustände im Bereich der Brust- und Schulterblattmuskulatur der linken Seite, so wie in der linken Oberextremität, namentlich am Thenar und Hypothenar, so wie in den Spatia inteross., geringe Abmagerung und Parese endlich in der linken Unterextremität. In den vom Medianus und Ulnaris versorgten Muskeln war eine Zeit lang die faradische und theilweise die galvanische Erregbarkeit aufgehoben und trat vorübergehend Entartungsreaktion ein. Die Haut der ganzen linken Körperhälfte und das Ellbogengelenk zeigte Hyperästhesie, nur im Ulnarisgebiet herabgesetzte Empfindung. Linke Lidspalte und Pupille enger als die rechte, Venen des Augenhintergrundes links erweitert. In den Arterien der linken Oberextremität der Puls im Vergleich zur anderen Seite außerordentlich schwach. Achseltemperatur links um 0,2 niedriger als rechts. Linke Zwerchfellshälfte paretisch. Der Halstheil der Wirbelsäule zeigt eine Verdrehung der senkrechten Achse nach links, so wie geringere Achsendrehungen in anderen Richtungen. Daraus resultirten allerlei Deformitäten des Cucullaris, der Kehlkopf- und Carotiden-Region, der hinteren Rachenwand etc., die das Original genauer beschreibt. Die Schluck-, Kau-, Kopf- und Halsbewegungen waren wenig oder gar nicht behindert.

Auf Grund obiger Symptome nimmt K. »eine mindestens bis zur Leistungsunfähigkeit gesteigerte Insultation der Kleinhirnseitenstrangbahnen des cervikalen Abschnittes der linken Rückenmarkshälfte« an. Denn die Durchtrennung dieser Theile ruft Hyperästhesie derselben Seite und Nachschleppen der unteren Extremität bei erhaltener Koordination hervor, wie es in diesem Falle bestand. Die große Ausbreitung der Hyperästhesie lässt die Annahme peripherer Nervenläsionen nicht zu. Wenn auch die Entartungsreaktionen und Abmagerungen an Arm und Schultern als Folge einer Leitungsunterbrechung in gewissen Zweigen des Plexus brachial., die Zwerchfellslähmung als Phrenicusverletzung, die Änderung in der Pupillenweite und Gefäßspannung als Sympathicusläsion aufgefasst werden könnten, so wäre doch eine so multiple Verletzung als Folge einer übertriebenen Drehbewegung zwischen 2 Wirbeln sehr schwer zu begreifen. Im Gegentheil setzt die statt der (bei so verbreiteter peripherer Lähmung zu erwartenden) Anästhesie vorhandene Hyperästhesie die Integrität der peripheren sensiblen Bahnen bis hinauf zu einer Stelle voraus, an der das Rückenmark selbst verletzt wurde. Da in den Seitensträngen des Halsmarkes 1) ein Theil der motorischen Bahnen für die obere Extremität derselben Seite, 2) Vasokonstriktoren für dieselbe Extremität, 3) Pupillen verengernde Fasern verlaufen, so würde sich aus einer bis zur Leitungsvernichtung gesteigerten Quetschung der Seitenstränge in der Höhe des 5. Halswirbels neben der Hyperästhesie auch der übrige Symptomenkomplex erklären. Die trophischen Störungen der Brust- und Armmuskulatur müssten nach Ausschließung einer Verletzung des Plexus brachial. entweder auf Zerstörung der Ganglienzellen der grauen Vorderhörner oder von diesen ausgehender, motorischer resp. trophischer Fasern bezogen werden. Die Abmagerung der unteren Extremität ist dagegen zur Zeit von der Rückenmarkläsion schwer abzuleiten.

Zum Schluss bespricht Verf. die Deformitäten und ihr Zustandekommen bei rotatorischen Halswirbelverrenkungen und die Methode, nach welcher im speciellen Falle Repositionsversuche anzustellen seien. **Stintzing** (München).

209. **Angerer.** Ein Fall traumatischer Aphasie.

(Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1882. No. 2.)

Ein 18jähriger Bursche bekam mit einem eisernen Hammer eine Kopfverletzung am linken Seitenwandbein (klaffende Wunde, Fraktur mit Eindruck, sofort nach der Verletzung vollständige Aphasie bei intaktem Bewusstsein). 7 Stunden nach der Verletzung wurde konstatirt: Aphasie, Unmöglichkeit die Zunge herauszustecken, Beschwerden beim Schlingen, Zuckungen der rechten Hand, Sensorium frei, Sensibilität nicht gestört.

Sorgfältiger antiseptischer Verband.

Am folgenden Tag mehrmaliges Erbrechen, rechtsseitige Facialislähmung, Sensorium frei.

Nach weiteren 7 Tagen subjektives Wohlbefinden, Pat. giebt durch Zeichen seinen Hunger zu erkennen, Schlingen gut möglich, Facialislähmung und Aphasie bestehen fort.

Nach weiteren 3 Tagen versucht Pat. zu sprechen, Lippen- und Zungenlaute undeutlich, Vokale rein, Alphabet vollständig, nach Verlauf von weiteren 3 Tagen kann Pat. schon den Hergang seiner Verwundung erzählen.

Im Verlauf von 3—4 Wochen Rückgang der Facialislähmung, fast völlige Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes.

Man muss bei diesem Fall eine direkte Läsion der dritten Stirnwindung annehmen, während die Lähmungen, die erst später nach der Verletzung auftraten auf entzündliches Ödem (ausgehend vom Quetschungsherd) zurückzuführen sind.

Das Fehlen von Gehirndruckerscheinungen berechtigt ebenfalls zu der Annahme einer direkten Läsion der oben erwähnten Region der Großhirnrinde. Vortragender weist zum Schluss auf die einfache antiseptische Wundbehandlung (keine Dilatation, keine Trepanation) und auf den raschen Ausgleich der Innervationsstörungen hin. **Seifert** (Würzburg).

210. **Marchand.** Die böhmischen Schwestern Rosalia und Josefa.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 20.)

Die Pygopagie gehört zu den seltensten Formen der Doppelmissbildungen, wenn man von den Fällen absieht, in welchen das eine Individuum als sogenannter Sacralparasit nur eine höchst rudimentäre Entwicklung erreicht hat. Ahlfeld stellt im Ganzen 10 Fälle zusammen, wovon 7 dem weiblichen, 2 dem männlichen Geschlecht (?) angehörten. Am bekanntesten und am genauesten untersucht wurden die sogenannten ungarischen Mädchen und jene amerikanischen Schwestern Chrissie und Millie (Virchow). Ein Seitenstück zu letzteren sind Rosalia und Jos. Blazek am 20. Januar 1878 geboren. Sie sind mit dem unteren Abschnitt des Rumpfes mit einander verwachsen, während Oberkörper, so wie untere Extremitäten völlig getrennt sind. Bei gewöhnlicher Haltung sind die Gesichter mehr nach der einen Seite, die Rücken nach der anderen und nur zum Theil gegen einander gerichtet. Man kann also eine gemeinschaftliche Vorder- und eine gemeinschaftliche Hinterseite unterscheiden, während jedes Individuum noch eine besondere Vorderseite besitzt. Das rechte Bein der links befindlichen Rosalia und das linke der Josefa bilden das vordere, die beiden anderen Beine das hintere Beinpaar. Die vorderen Beine sind an den Hüften einander viel mehr genähert als die hinteren, außerdem erstere schwächer entwickelt und vielleicht kürzer als letztere, so dass die Oberkörper hierdurch eine Neigung nach vorn erhalten, wozu übrigens am meisten die schiefe Stellung der Becken beitragen mag. Beim ruhigen Stehen sind die Oberkörper stark vorwärts geneigt und von einander abgewandt. Die Kinder können sich gegen einander drehen, sind lebhaft und beweglich, gut genährt, hübsch, zum

Verwechseln ähnlich, sie haben ein freundliches Wesen und sind geistig ziemlich vorgeschritten. Beim Gehen werden die Gesichter nach vorn gewendet, die vorderen Füße gemeinschaftlich mit den Außenrändern nach vorn gesetzt, während die hinteren in derselben Weise, aber mit den Innenrändern nach vorwärts, folgen. Treppen werden in derselben Weise gestiegen. Häufig nimmt eine der beiden Schwestern, zumeist die kräftigere, die Führung; zuweilen kommt es dabei zu Meinungsdifferenzen und Thätlichkeiten. Die beiden Becken sind bis über die Kreuzbeine hinten und seitlich verschmolzen. Der untere Theil des gemeinsamen Rückens hat ungefähr dasselbe Aussehen wie bei einem normalen Menschen, nur sind die Hüften etwas weiter von einander entfernt, es sind 2 Hinterbacken mit einer Crena clunium vorhanden. Oberhalb der gemeinschaftlichen Kreuzbeingegend entfernen sich die Wirbelsäulen. Die Verwachsung muss man sich etwa so vorstellen, als wären 2 Becken derart an einander gelegt, dass die C. spina il. post. des einen die rechte des anderen berührt, so dass die einander zugekehrten Darmbeine ungefähr parallel einander liegen, die entsprechenden Kreuzbeinhälften wenigstens mit ihren Bogentheilen mit einander verschmolzen wären, so dass ein gemeinschaftliches breites Kreuzbein hervorgeht, die einander zugekehrten Foramina sacral. ant. würden in der Mitte in einander übergehen, so dass Wurzeln und Stämme der Nn. ischiad. dicht neben einander, vielleicht in einer gemeinschaftlichen Scheide, nach abwärts verlaufen. Bezüglich der Darmbeine ist aus der äußeren Betrachtung (eine genaue Untersuchung wurde nicht gestattet) zu vermuthen, dass die einander zugekehrten Spin. post. ganz in die Vereinigung aufgegangen sind. Eine genauere Untersuchung wurde einmal vorgenommen, durch Breisky (1878, als die Kinder 1/2 Jahr alt waren). Er fand die Labia majora verschmolzen, eben so die Genital- und Analöffnung; unterhalb eines aus der Verschmelzung von rudimentären Lab. min. hervorgegangenen und einem medianen Praeputium clitorid. entsprechenden Faltenwülstchens die anscheinend einfache Urethralöffnung, darunter die durch ein Längsseptum getrennten Scheideneingänge neben einander. Da die Verschmelzung der äußeren Genitalien nur die rechte Schamlippe der Rosalia und die linke der Josefa betrifft, während die beiden anderen getrennt bleiben, so muss die Vulva eine dreischenklige Form erhalten. Sollte die Clitoris einfach sein, so müssten, meint M., auch nothwendig die Tub. ischiad. und aufsteigenden Schambeinäste verschmolzen sein; mit diesem Verhalten würde die Einfachheit der Urethra übereinstimmen (welche nach Breisky allerdings nicht sicher ist). Wie weit sich die Einfachheit von der Mündung der Harnröhre nach aufwärts erstreckt, und ob sie noch die Blase betrifft, ist nicht zu entscheiden. Den beiden Scheideneingängen entsprechen jedenfalls auch gesonderte Genitalien. Die Verschmelzung der Wirbelsäulen erstreckt sich nicht bloß auf das ganze Kreuzbein, sondern vielleicht auch auf die unteren Lendenwirbel, und wahrscheinlich ist dem entsprechend der ganze Sacraltheil des Spinalkanals beiden Individuen gemeinschaftlich. Breisky fand damals, dass die willkürlichen Bewegungen, so wie die durch mechanische Reize auf die Haut der unteren Extremitäten erregten Reflexbewegungen entschieden für jedes Individuum selbständig erfolgen. Jedenfalls aber findet eine auffallende, wohl nicht durch allmähliche Gewöhnung allein zu erklärende Kongruenz der Bewegungen statt. Der beiden Individuen gemeinschaftliche Theil der äußeren Genitalien, so wie der untere Rectumabschnitt muss jedenfalls von beiden Individuen gleichzeitig innervirt werden, es müssen von hier aus auch gleiche Empfindungen und Vorstellungen in beiden Individuen erregt und dieselben Willensäußerungen veranlasst werden. Sonst ist die ganze Thätigkeit des Nervensystems beider Individuen völlig getrennt. Nach Breisky ist auch Asymmetrie des Schädels vorhanden, indem die einander zugekehrten Scheitelgegenden abgeplattet sind. Bezüglich der Entstehung der Doppelmissbildung möchte sich M. der Virchow'schen Ansicht, dass es sich um Spaltung eines ursprünglich einfachen Keimes handelt, aus gewissen Gründen nicht anschließen.

Julius Wolff (Breslau).

211. Monoszewski (Warschau). Aneurysma partis membranaceae septi ventriculorum.

(Gazeta lekarska 1882. No. 1. [Polnisch.])

Bei einem 8 Monate alten Mädchen, bei dem die Untersuchung intra vitam außer einer bedeutenden seitlichen Verbreiterung der Herzdämpfung ein auffallend starkes, fast über dem ganzen Thorax hörbares systolisches Geräusch neben einem normalen diastolischen Tone ergab und welches an beiderseitiger katarrhalischer Pneumonie zu Grunde ging, erwies die Sektion Folgendes:

Das Perikard normal, Herz fast kugelig, Foramen ovale nicht gänzlich geschlossen, die linke (1 cm) und die rechte (0,6 cm) Herzwand verdickt. Der membranöse Theil der Scheidewand zeigt eine in die rechte Kammer hineinragende aneurysmatische Vorwölbung, die mit ihrer $2^1/_2$—3 cm weiten Öffnung in die linke Kammer mündet; daneben eine kleinere mit beiden Kammerhöhlen kommunicirende Öffnung. Beide Öffnungen zeigen ganz glatte Ränder. Das innere Blatt der Tricuspidalis, welches an obiger Ausbuchtung Theil nimmt, ist verdickt und uneben, der sich an ihm inserirende Papillarmuskel narbig entartet. Die Pulmonalklappen zeigen keine Veränderungen, die Pulmonalarterie und Aorta sind in Lage, Breite und Struktur normal.

Obiger Fall lässt sich in dem bekannten Schema von Rokitansky nirgends unterbringen und müsste dasselbe nach Verf. durch Einfügung einer neuen Kategorie: »Defekte in dem membranösen Theile der Herzscheidewand« erweitert werden. Da am Endokard des linken Ventrikels alle Zeichen einer abgelaufenen Entzündung fehlten und die entzündlichen Veränderungen am Endokard des rechten Ventrikels schon wegen der Richtung der aneurysmatischen Ausbuchtung als Entstehungsursache der letzteren nicht angesehen werden konnten, so glaubt Verf. die Entstehung obiger Anomalie auf einen angeborenen Defekt im membranösen Theile der Scheidewand zurückführen zu müssen.

Smoleński (Ernsdorf in österr. Schlesien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.
Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 16. **Sonnabend, den 29. Juli.** **1882.**

212. P. **Baumgarten.** Über ein bequemes Verfahren, Tuberkelbacillen in Sputis nachzuweisen.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1882. No. 25.)

Verf. theilt ein für die Praxis sehr bequemes diesbezügliches Verfahren mit. Dasselbe besteht in einer Kombination der Kalimethode mit einer Tinktion durch Anilinfarbstoffe. Es werden Trockenpräparate von phthisischen Sputis angefertigt und mit sehr verdünnter Kalilauge benetzt. Die im Präparat vorhandenen Tuberkelbacillen sind dann bei 4—500facher Vergrößerung deutlich zu sehen. Um jedoch eine Verwechselung mit anderen aber gleichgestalteten Bacillen zu vermeiden, wird das Deckgläschen von dem Objektträger abgehoben und bei Seite gelegt, bis die an der Unterfläche haftende Schicht

trocken geworden; dann wird das Deckgläschen noch 2—3mal durch eine Gasflamme gezogen, und nun ein Tropfen einer diluirten (aber nicht allzuhellen) wässerigen Anilinviolettlösung auf das Präparat gebracht. Unter dem Mikroskop erscheinen dann alle vorhandenen Fäulnisbakterien intensiv gefärbt, die Tuberkelbacillen sind absolut farblos geblieben. Die ganze Procedur erfordert nicht mehr als 10 Minuten.

Kopp (Wien).

---

213. A. Genzmer. Über die antiphlogistische Wirkung lokaler Blutentziehungen.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1882. No. 13.)

Um die Wirkung lokaler Blutentziehungen experimentell zu prüfen, wurde curaresirten Fröschen die Schwimmhaut punktförmig mit einer glühenden Nadel gebrannt, oder mit Lapis geätzt und der Entzündungsherd mikroskopisch betrachtet. Sobald die charakteristischen Entzündungserscheinungen eingetreten waren, wurde dem Versuchsthier mittels eines Glasröhrchens ein Blutegel an die Sprunggelenksgegend gesetzt. So wie das Thier zu saugen begann, veränderte sich das mikroskopische Bild in frappanter Weise. Der Blutstrom wurde beschleunigt, die wandständig haftenden Blutkörperchen kamen in Bewegung, die Stasen lösten sich und die Kapillarschlingen boten zu Ende des Versuchs den Anblick einer völlig normalen, oder sogar beschleunigten Cirkulation. In einigen Versuchen wurden nach Anlegung des Entzündungsherdes Skarifikationen ausgeführt. Der Effekt war dabei weniger evident. Auch allgemeine Blutentziehungen durch Eröffnung einer Bauchvene hatten geringen Effekt, obwohl der Blutverlust bedeutend war. Die antiphlogistische Wirkung lokaler Blutentziehungen scheint also auf rein mechanischem Wege zu Stande zu kommen. Durch die verstärkte Strömung nach dem Orte hin, wo das Blut entzogen wird, werden im Entzündungsgebiete die wandständig haftenden Blutkörperchen fortgerissen, die verstopften Kapillaren rein gespült, und es wird eine temporär verstärkte Cirkulation hergestellt. Die Blutentziehung bewirkt ferner ein verstärktes Zuströmen des arteriellen Blutes zum Entzündungsherd und bessere Ernährung der Gewebe. Die antiphlogistische Wirkung der Blutentziehung hängt ab nicht von der Menge des entleerten Blutes, sondern von der Geschwindigkeit des Abströmens.

Kopp (Wien).

---

214. Fürstner (Heidelberg). Kopfverletzungen und Psychosen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXVIII.)

F. giebt zunächst einen kurzen Überblick über die Erscheinungen des sogenannten traumatischen Irreseins und erinnert dann an

die von **Köppe** aufgestellte traumatische Reflexpsychose mit günstigen Resultaten nach Exstirpation der betreffenden Narben am Kopfe, um 3 eigene Fälle dieser Art mitzutheilen. Im ersten handelte es sich um eine leichte Kopfverletzung bei einem nicht disponirten Individuum mit nachfolgender Benommenheit, Sensationen, Kopfschmerz, psychischer Veränderung, epileptischen Anfällen, geringer Pupillen- und Facialisdifferenz, Sprachbehinderung. Nach Exstirpation der etwas gerötheten, bei lebhafteren Berührungen schmerzhaftere, stärkere Sensationen ausstrahlenden Narbe, etwa 5 Monate nach der Verletzung, theils sofortiges, theils allmähliches Schwinden der Erscheinungen bis zu körperlichem und geistigem vollkommenen Wohlsein. Im 2. Falle handelt es sich um Kopfverletzung nach einem Falle von der Scheune, zunächst nur Sensationen im Kopfe, später auch in Nase und Augen, Schwindel beim Bücken etwa 6 Jahre lang, dann erst periodisch auftretende Erregungszustände mit epileptoidem Charakter, allmählich sich häufend, ferner Tremor, Facialisparese, Pupillendifferenz. Nach circa 8 Jahren Exstirpation der Narbe; seitdem Schwinden der Sensationen, Besserung des ganzen Zustandes, noch einmal Rückkehr der früheren Erregung in mäßigem Grade, dann Freibleiben. Pat. war vorher stets frei von nervösen Störungen gewesen. Im 3. Falle war die Kopfverletzung bereits 15 Jahre vorhergegangen und von einem herabstürzenden Baumstamm auf das linke Scheitelbein entstanden. Nach kurzer Bewusstlosigkeit am folgenden Tage wieder Arbeitsfähigkeit, dann 3—4 Jahre lang Sensationen von der Narbe ausgehend, periodische Erregungszustände mit epileptischem Charakter bei freien Intervallen, welche letztere allmählich mehr schwinden; daneben motorische Störungen wie im 2. Falle. Nach Exstirpation der Narbe noch zwei schwächere Recidive, seitdem Ausbleiben der Erregung, langsames Zurückgehen der somatischen Erscheinungen. Die Narbe war in allen drei Fällen nicht adhärent an dem Knochen. In dem Zurückgehen der motorischen Störungen nach Ausschneidung der Narbe erkennt F. einen Hinweis, dass sie keine auf organischen Veränderungen beruhende Ausfallerscheinungen waren. Um den zurückbleibenden abnormen Reaktionszustand des Gehirns zu beseitigen, empfiehlt F. eine diätetische und medikamentöse Nachkur (Bromkalium) und Enthaltung von Alkoholexcessen. **Oebeke** (Endenich).

---

215. **Charcot.** Contractures d'origine traumatique. (Kontrakturen traumatischen Ursprungs.)

(Progr. méd. 1882. No. 22.)

Gewisse Affektionen, welche der Ausfluss einer Krankheitsdiathese sind, werden mitunter durch ein Trauma ausgelöst (Verneuil); so tritt z. B. bei einem Gichtischen, etwa nach einem Falle, ein Gichtanfall auf. Während aber die spontanen Anfälle an den Prä-

dilektionsstellen eintreten, ruft das Trauma den Anfall dort hervor, wo es eingewirkt hatte.

Dieser Satz gilt auch für die Hysterie und ihre lokalen Affektionen.

Zur Illustration dient ein 34 Jahre altes Mädchen, welches zu den hystéro-épileptiques à crises distinctes gehört. Mit diesem Namen bezeichnet nämlich Ch., im Gegensatz zu den hystéro-épileptiques à crises mixtes (der eigentlichen grande hystérie) diejenigen Kranken, welche an Epilepsie und an Hysterie leiden, welche epileptischen und, getrennt davon, hysterischen Anfällen unterworfen sind.

Die hysterischen Anfälle jener Kranken waren dadurch ausgezeichnet, dass sie von Kontrakturen der rechten Unterextremität gefolgt waren: Rechts bestand auch Hemianästhesie und Ovarie, und auch die Prodromalerscheinungen betrafen die rechte Seite. In den letzten Jahren waren die hysterischen Anfälle seltener geworden und vor den epileptischen zurückgetreten, und auch die epileptischen Anfälle traten weniger häufig ein.

Da that die Kranke beim Ersteigen der Treppe einen Fehltritt, fiel schwer auf die linke Seite und glitt ein Dutzend Stufen hinab. Außer einer Ekchymose am linken äußeren Knöchel war keine Verletzung nachweisbar; aber der Gang war sofort behindert durch Rigidität aller Gelenke der linken Unterextremität. Alle Muskeln dieses Gliedes sind in Aktion; Ober- und Unterschenkel sind gestreckt, der Fuß ist in Plantarflexion; außerdem steht das Bein in Adduktion und Einwärtsrollung.

Plötzlicher Eintritt der Kontraktur deutet auf hysterische Grundlage, im Gegensatz zu Kontrakturen organischen Ursprungs.

Zugleich mit der Kontraktur ist die Hemianästhesie, welche seit einigen Jahren verschwunden war, wieder eingetreten, aber nicht wie früher auf der rechten, sondern auf der linken Seite. Aus den beiden Symptomen schließt Ch., dass der Kranken ein orage hystérique nahe bevorsteht.

Dass die Kontraktur wirklich unter dem Einfluss des Trauma eingetreten ist, dafür sprechen zunächst manche Fälle von spasmodischer Lähmung bei Hemiplegischen und bei Paraplegischen. Bei Hemiplegie nach einer Läsion der Capsula interna mit Betheiligung des Pyramidenstranges können die Glieder schlaff bleiben; aber die Reflexerregbarkeit ist gesteigert, und ein Trauma kann Kontrakturen hervorrufen; eben so bei Paraplegien. Es besteht in solchen Fällen eine gesteigerte Reflexerregbarkeit der grauen Substanz, insbesondere der motorischen Zellen der Vorderhörner, welche Ch. mit dem Namen Strychnismus belegt. Ein ähnlicher Zustand besteht nun auch bei vielen Hysterischen, vorzüglich in der anästhetischen Seite, und Reizungen der centripetalen Nerven können hier Kontrakturen erzeugen. Dieses Verhalten ist um so interessanter, als bisweilen eine solche durch ein Trauma ausgelöste Kontraktur als erstes Zeichen

der Hysterie erscheint, bei genauerer Beobachtung werden sich freilich dann meistens noch andere Symptome (Anäthesie, Hyperästhesie, Ovarie etc.) nachweisen lassen.

Die Neigung zu Kontrakturen bei Hysterischen demonstrirt Ch. an zwei anderen Kranken, bei welchen er durch Klopfen auf die Patellar- und die Achillessehne das Bein in dieselbe Kontrakturstellung bringt, in welcher es bei der besprochenen Kranken sich befindet; diese Kontrakturen werden gelöst durch Klopfen auf die Antagonisten.

Die beschriebene traumatische Kontraktur giebt, weil sie einseitig ist, eine gute Prognose. Ch. wird mit Hilfe des Magneten den Transfert zu bewirken suchen, und hofft, dass durch häufige Wiederholung desselben die Kontraktur sich erschöpfen wird.

E. Bardenhewer (Bonn).

---

216. Schuchardt (Bonn). Epileptiforme Anfälle bei Magenerkrankungen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXVIII.)

S. theilt einen Fall eines 63jährigen, psychisch belasteten Mannes mit, der im Jahr 1873 und 1878 einen kurzen Aufregungszustand überstand, im Sommer 1879 viel trank, dadurch erregt, unruhig, schlaflos wurde und im Oktober in die Irrenanstalt zu Andernach kam. Nach Jahresfrist ging die Exaltation in Depression über mit Appetitlosigkeit, Schmerz im Epigastrium, Völle im Leib, Beschwerde nach Nahrungsaufnahme, Aufstoßen, Mattigkeit. Alle Medikamente nutzlos, daher Magenausspülungen mit lauem Wasser in geringer Menge. Bei nur theilweiser Besserung Ausspülung mit 1%iger Resorcinlösung 2—$2^1/_2$ Liter. Dabei plötzlich starre Gesichtsmuskulatur, klonische Zuckungen der Augenlider und Extremitäten, Augen und Pupillen weit, Speichelfluss, keine Reaktion der Pupillen gegen Licht, vollständige Bewusstlosigkeit. Puls 120, weich, klein, Respiration 28—40 erschwert. Dauer des Anfalls 10 Minuten. Hinterher keine Erinnerung an das Vorgefallene; Pat. fühlte nur plötzlich ein krampfhaftes Zusammenziehen in der Magengegend und verlor dann das Bewusstsein. S. fügt einen 2. Fall aus der Straßburger Klinik bei (Gassner's Dissertation), in welchem, als ungewöhnlich große Magenerweiterung diagnosticirt, schwächer oder stärker ausgebildete epileptische Krampfanfälle mehrmals sich einstellten und citirt ferner die Beobachtungen Kussmaul's aus dem deutschen Archiv für klinische Medicin Bd. VI. S. erblickt den Grund für die Entstehung der Anfälle vorwiegend in rein mechanischen Momenten, indem bei schon bestehender Reizung der Magenschleimhaut durch jähe Entladung des Magens beim Erbrechen oder Ausspülen, oder durch starke und plötzliche Anfüllung desselben ein derartiger Reiz auf die Ma-

gennerven ausgeübt werde, dass dadurch reflektorisch epileptiforme Anfälle ausgelöst werden. **Oebeke** (Endenich).

---

217. **Schech** (München). Über Lungensyphilis.

(Vortrag gehalten im ärztlichen Verein München 12. Oktober 1881.)
(Ärztliches Intelligenzblatt 1881. No. 43.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung bespricht Verf. die zwei Formen von Lungensyphilis, die diffuse (weiße Hepatisation) und die cirkumskripte (Gumma), erstere kommt hauptsächlich bei Neugeborenen, letztere häufiger bei Erwachsenen vor. Dem Ausbruch der Krankheit in der Lunge sind fast ausnahmslos schon anderweitige syphilitische Affektionen der Haut, Schleimhäute und Knochen oder auch Hodensyphilis vorausgegangen oder gleichzeitig aufgetreten oder nachgefolgt.

Die Symptome der Lungensyphilis haben große Ähnlichkeit, ja Übereinstimmung mit chronischen Erkrankungen der Lunge, besonders mit Phthise.

Dem Sputum fanden sich oft Parenchymtheile der Lunge beigemengt, welchen eine gewisse diagnostische Bedeutung (Näheres einer späteren Arbeit vorbehalten) zukommen dürfte. Etwaige Miterkrankung des Kehlkopfs kann zur differentiellen Diagnose verwerthet werden. Hämoptoë kommt eben so gut der Lungensyphilis als der Phthise zu. Das Fieber kann lange fehlen und spielt eine mehr untergeordnete Rolle.

Die Lungensyphilis hat ihren Sitz meist in den mittleren und unteren Theilen der Lunge, oder in der Lungenmitte am Hilus, während in auffallender Weise die Spitzen verschont bleiben. Man findet häufig matten Schall in der Regio interscapularis, abgeschwächtes Respirationsgeräusch.

Das Allgemeinbefinden der Kranken bleibt lange Zeit ein gutes, und die Prognose ist als eine relativ günstige zu bezeichnen, da die Lungensyphilis in den ersten Stadien durchaus heilbar ist.

Die Behandlung muss eine antisyphilitische (Jodkali — Syr. ferr. jod; dec. Zittmanni) und nebenbei eine symptomatische sein. In großem Renommée stehen die Schwefelquellen (Weilbach, Nenndorf). **Seifert** (Würzburg).

---

218. **Weiss** (Wien). Zur Kenntnis der diastolischen Herzgeräusche.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 21.)

W. hat in einer früheren Arbeit 3 Fälle mitgetheilt, in welchen accidentelle diastolische Herzgeräusche konstatirt wurden, ohne dass diese Geräusche in einer anatomisch nachweisbaren Veränderung des Herzens insbesondere des Klappenapparates begründet waren. Einen

mit jenen Beobachtungen nicht ganz übereinstimmenden Fall theilt W. in diesem Aufsatze mit, bei dem ebenfalls wochenlang ein diastolisches Geräusch an der Herzspitze gehört wurde. Es handelt sich um einen 77jährigen Mann, der wegen eines Pyloruscarcinoms aufgenommen wurde.

Die Herzdämpfung war normal groß, Herzstoß im 5. Interkostalraum einwärts von der Papillarlinie. An der Herzspitze hört man einen dumpfen systolischen Ton und ein sausendes diastolisches Geräusch, die übrigen Herztöne zeigen keine Abnormität, nur der 2. Aortenton accentuirt. Die Sektion des Herzens ergab: abgelaufene Endokarditis valvularis an der Mitralis mit Narbenbildung am fibrösen Ringe und konsekutiven Klappenaneurysmen, Endarteriitis deformans Aortae. Zur Erklärung für das diastolische Geräusch werden die aneurysmatischen Ausbuchtungen der Klappen herbeigezogen, die im Stande waren in dem in der Diastole vorbeiströmenden Blute Wirbelwellen zu erzeugen und dadurch die beobachtete Auskultationserscheinung hervorzurufen, da die Kuppen der Ausbuchtungen gegen den Vorhof hin gerichtet und mit leichten Rauhigkeiten versehen waren.

Von Wichtigkeit ist die Bemerkung, dass hier durch die Veränderung der Klappe keinerlei nachweisbaren Funktionsstörungen derselben, insbesondere keine Stenose des Ostium venosum sinistrum hervorgerufen wurden.

Es giebt demnach auch Fälle, in denen wohl mit dem Vorhandensein diastolischer Herzgeräusche anatomische Läsionen der Klappen konstatirt werden, die jedoch bei dem Fehlen von Funktionsstörungen des Herzens nicht als eigentliche Klappenfehler angesehen werden können, so dass sich die erwähnten Geräusche in diagnostischer Beziehung dennoch als accidentelle erkennen lassen.

Seifert (Würzburg).

---

219. J. Cornillon. De l'héméralopie dans les affections du foie. (Hemeralopie bei Leberkrankheiten.)

(Progr. méd. 1882. No. 23.)

Im vorigen Jahre veröffentlichte C. im Progr. méd. vier Fälle von Hemeralopie bei Kranken, welche an Hypertrophie der Leber mit chronischem Ikterus litten. Bald nachher erschien eine Arbeit über denselben Gegenstand von Parinaud in den Archives générales de médecine, und einige Monate später die These von Mouly: Contribution à l'étude de l'héméralopie dans les affections du foie. C. bespricht die in diesen beiden Publikationen ausgesprochenen, von der seinigen verschiedenen Ansichten über die Art der Krankheiten, welche am häufigsten das Symptom der Hemeralopie zeigen, über die Bedeutung dieses Symptomes, über die Beziehung des Ikterus zur Hemeralopie und über das Zustandekommen derselben, und theilt dann drei weitere Fälle mit unter folgenden Überschriften:

1) Leberhypertrophie, chronicher Ikterus, Hemeralopie.

2) Hypertrophische Lebercirrhose, leichter Ikterus seit vier Jahren. Hemeralopie.

3) Atrophische Lebercirrhose, geringer Ikterus seit einem Jahre, Ascites, Hemeralopie, Tod.

Es scheint also die Hemeralopie bei den verschiedenartigsten Krankheiten der Leber eintreten zu können. Ferner tritt dieselbe meistens zuerst in vorübergehenden Anfällen auf, um erst später persistent zu werden. In einem Falle ergab die ophthalmoskopische Untersuchung Dünnheit der Arterien, varikösen Zustand der Venen und peripapilläres Ödem. Danach scheint die Hemeralopie hepatischen Ursprungs vom anatomischen Standpunkte vollständig gleich zu sein der essentiellen Hemeralopie. **E. Bardenhewer** (Bonn).

---

220. Archambault. Emploi des vésicatoires chez les enfants. (Der Gebrauch der Zugpflaster bei Kindern.)

(Progr. méd. 1882. No. 21 u. 22.)

A. bespricht mit großer Ausführlichkeit die Anwendung der Zugpflaster in der Kinderpraxis. Dieselben sind nur mit großer Vorsicht anzuwenden; sie dürfen nur eine sehr geringe Größe haben, dürfen nur eine kurze Zeit lang, entsprechend dem Alter der Kinder, liegen, und müssen, vor dem Auflegen, mit geöltem Seitenpapier bedeckt werden. Werden diese und andere Vorsichtsmaßregeln nicht beobachtet, so rufen die Kanthariden-Pflaster, insbesondere bei fieberhaften Krankheiten, häufig Ansteigen des Fiebers, große Unruhe, Schlaflosigkeit etc. hervor. Die Pflaster dürfen niemals in den Nacken oder auf den Rücken gelegt werden, dürfen ferner niemals angewendet werden bei Diphtheritis, weil die der Epidermis beraubte Oberfläche leicht diphtheritisch wird. Die Behandlung der Stellen, an welchen die Pflaster gelegen haben, leitet A. mit großer Sorgfalt und mit vielen Mitteln.

A.'s Endurtheil über die Anwendung der Zugpflaster bei Kindern lautet: »Während ich noch Zweifel hege in Betreff der guten Wirkungen, welche in einzelnen Fällen nach Applikation der Pflaster eintraten, bin ich fest überzeugt, dass sie in einer großen Zahl von Fällen Schaden angerichtet haben. Oder genauer: Ich bin nicht sicher, jemals von den Pflastern Gutes, wohl aber bin ich sicher, häufig von denselben Schlimmes gesehen zu haben.«

E. Bardenhewer (Bonn).

---

221. Diem (Würzburg). Konstanter Strom und Kompression bei sympathischen indolenten Bubonen.

(Ärztliches Intelligenzblatt 1882. No. 22.)

D. hat in 3 Fällen günstige Wirkung mit dem konstanten Strom erzielt, insbesondere beobachtete er ein Weichwerden der Geschwulst

und wenn schon Incisionen gemacht waren, die Eiterung schlecht war, und Fisteln sich gebildet hatten, Veränderung der Cirkulations- und Ernährungsverhältnisse innerhalb der Geschwulst, wie sich durch Verbesserung der Eiterung manifestirt. Der Kranke liegt bei Applikation des Stromes auf dem Rücken mit gestreckten Beinen, der konstante Strom wurde mittels einer Platten- und einer Knopfelektrode mit Unterbrechungsvorrichtung durch die drei Durchmesser der Geschwulst geleitet, so dass durch allmähliches »Einschleichen« eine eben noch erträgliche Elementenzahl erreicht und in $^1/_4$stündiger Sitzung häufige Unterbrechungen vorgenommen wurden.

Nach der Galvanisirung wird ein Bausch Jute auf den Bubo gelegt und mittels festsitzender Flanellbinde komprimirt.

Seifert (Würzburg).

---

222. Köllner (Saargemünd). Vorläufige Mittheilung über den Einfluss des Atropins auf epileptische Kranke.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXVIII.)

K. wandte das Atropin subkutan zu 0,001, nur in 3 Fällen bis zu 0,002 an, bei solchen Epileptikern, deren Puls vor dem Anfall als von der Norm verschieden und unregelmäßig anzusehen, entweder voll, eigenthümlich weich, modulirend oder im Gegentheil hart, gespannt und frequent war und bei denen daneben Pupillenverengerung bestand, in der Idee, den abnormen Zustand der Gefäßinnervation und damit den Krampfanfall selbst zu koupiren. Der Puls wurde auch durchweg nach der Atropininjektion ruhiger und gleichmäßiger, die Anfälle blieben oft schwächer, als zu erwarten, das Sensorium bei mehreren hinterher freier, als sonst und die Kranken waren während des Atropingebrauchs in den anfallfreien Zeiten nie unrein. Bei Wenigen ist die Anzahl der Anfälle geringer geworden, der Appetit blieb ungeschmälert. Die Kranken bleiben länger frei von der dem Bromkalium wohl nicht mit Unrecht zum Theil zugeschriebenen Verblödung; sie haben mehr wirklich freie Zeiten und psychisches Wohlbehagen und bedürfen in den anfallfreien Zeiten keiner medikamentösen Behandlung.

Oebeke (Endenich).

---

223. v. Mering (Straßburg). Über das Verhalten des Chloralhydrats und Butylchloralhydrats im Organismus.

(Zeitschrift für physiologische Chemie Bd. VI. p. 480—494.)

Im Verein mit Musculus hatte Verf. früher gefunden, dass nach Einnahme von Chloralhydrat im Urin eine linksdrehende, alkalische Kupferlösung reducirende Säure auftrete, welche Urochloralsäure genannt wurde. Auch nach Einführung von Krotonchloralhydrat und von Morphium wurde Linksdrehung und Reduktion im Harne bemerkt. Seitdem wurden von Jaffé nach Einverleibung von Orthonitrotoluol, von Baumann und Preusse nach Brombenzol oder

-phenol, von Schmiedeberg nach Kampher ähnliche Eigenschaften des Harns bemerkt. Die nach Kampherfütterung auftretenden beiden isomeren Säuren, die Kamphoglykuronsäuren ($C_{16}H_{24}O_8$) spalten sich nach Schmiedeberg und Meyer durch Kochen mit verdünnten Säuren in Kampherol und eine schön kystallisirende, rechtsdrehende und alkalische Kupferlösung reducirende Säure, die Glykuronsäure ($C_6H_{10}O_7$). Seitdem ist für mehrere der vorher genannten Fälle nachgewiesen worden, dass der Harn die erwähnten Eigenschaften einem Paarling der Glykuronsäure verdanke, speciell für die Urochloralsäure machte Külz darauf aufmerksam. v. M. hat nun die Eigenschaften der Urochloralsäure an großen Quantitäten der Substanz, welche er aus menschlichem und Hundeharn darstellte, studirt. Die Gewinnungsmethode dürfte auch für den Kreis dieser Zeitschrift von Interesse sein, weil sie forensische Bedeutung hat. Musculus konnte bei einer plötzlich verstorbenen Person den Verdacht einer Vergiftung dadurch zur Gewissheit erheben, dass er urochloralsaures Kali aus ihrem Urin darstellte. Der Harn wird auf dem Wasserbade eingedampft und nach Ansäuren mit Schwefelsäure mit einer Mischung von 3 Vol. Äther und 1 Vol. Alkohol ausgeschüttelt. Nachdem die Hauptmasse des Ätheralkohols abdestillirt, wird der Rückstand mit kohlensaurem Kalk neutralisirt, eingedampft, mit 90%igem Alkohol aufgenommen, filtrirt, mit Äther das urochloralsaure Kalium ausgefällt, und wiederholt mit Äther und absolutem Alkohol ausgewaschen. Nach dem Trocknen wird aus heißem absolutem Alkohol umkrystallisirt. Eine Reihe von Analysen führten zu der Formel $C_8H_{13}Cl_3O_7$; doch machen es die Spaltungsprodukte wahrscheinlich, dass nur 11 H vorhanden sind. Bei längerem Kochen mit Säuren zerfiel nämlich die Urochloralsäure in Trichloraethylalkohol und Glykuronsäure nach der Formel:

$$C_8H_{11}Cl_3O_7 + H_2O = C_2H_3Cl_3O + C_6H_{10}O_7.$$

Die entsprechende, nach Einfuhr von Krotonchloralhydrat auftretende Urobutylchloralsäure $C_{10}H_{15}Cl_3O_7$ spaltet sich analog in Trichlorbutylalkohol und Glykuronsäure.

Die Reihe merkwürdiger Paarungen eingeführter Substanzen mit einem vom Organismus gelieferten Radikal, als deren ältestes Beispiel wir die Hippursäure kennen, wird durch den Nachweis dieser interessanten Glykuronsäureverbindungen zweier wichtiger Arzneistoffe in wesentlicher Weise vergrößert. Während wir bisher solche Paarungen nur von Benzolderivaten kannten, sehen wir hier zum ersten Male, dass auch Fettkörper derselben unter Umständen fähig sind.

N. Zuntz (Berlin).

---

224. **Moleschott.** Jodoform gegen Diabetes mellitus.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 17—19.)

M. berichtet über die Wirkung des Jodoforms bei 5 Fällen von Diabetes mellitus, die sämmtlich den leichteren zugerechnet werden

müssen. Aus den hierbei gemachten Erfahrungen lassen sich folgende Schlüsse ziehen: »Das Jodoform setzt in wenig Tagen die Zuckerausscheidung bedeutend herunter, ja bringt den Zucker in wenig Tagen oder Wochen zum Verschwinden. Ferner erscheint der Zucker wieder im Harn beim Aussetzen des Mittels, so lange die Heilung nicht völlig gesichert ist, um aufs Neue zu verschwinden, wenn das Jodoform in steigender Gabe wieder gereicht wird. Die Besserung tritt auch dann ein, wenn der Genuss stärkemehlhaltiger Nahrung nicht beschränkt wird oder wenn der Kranke mit aufregender Sorge und übermäßiger Arbeit zu kämpfen hat.«

Aus einer Reihe von Tabellen ergiebt sich, dass die Zuckerausscheidung unabhängig von der Harnmenge steigen und fallen kann; so war in einem Falle bei 3 Liter Harn der Zuckerertrag einmal 28 und einmal 1,6 g.

Es wurde des Weiteren noch auf die Jodausscheidung des Jodoforms geachtet; es geht aus einer Tabelle hervor, dass das Jod des Jodoforms nur zu einem kleinen Bruchtheile im Harn wieder erscheint, und sich das Jod nur langsam aus dem Körper abscheidet.

Bezüglich der Dosirung des Mittels ist zu bemerken, dass es in steigender täglicher Dosis von 0,1—0,4 verabreicht wurde, ohne dass unangenehme Erscheinungen aufgetreten wären.

Als Geruchskorrigens hat sich das Cumarin am zweckmäßigsten erwiesen, M. benutzt folgende Formel:

Jodoform 0,1
Extr. Lactuc. sat. 1,0
Cumarin. 0,1

für 20 Pillen, mit arabischem Gummi zu bestreuen und von 2mal 1 bis 4mal 2 Pillen in 24 Stunden zu nehmen.

Seifert (Würzburg).

---

225. **Rabitsch** (Kairo). Die Salicylsäure bei der Behandlung des »Ringworm«.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 14.)

R. wandte gegen ein schon 20 Jahre bestehendes Eczema marginatum eine 10%ige Salicylsäurelösung in 40% Alkohol an, indem er dieselbe mittels eines Schafwollepinsels auf die kranken Stellen auftrug. Der Pat. fühlte nachher heftiges Brennen, das nach einigen Minuten aufhörte und weiter keine Folgen hatte. Diese Einpinselung wurde 3 Tage hinter einander wiederholt, einige Tage später ging die Epidermis in Fetzchen ab, die Haut darunter war blassroth. Einige Wochen später erschienen an den Haaren fleischrothe Halonen, die durch abermalige Applikation obiger Lösung zum Verschwinden gebracht wurden, Pat. blieb weiterhin von dem Eczema marginatum verschont.

In einem Fall von Herpes tonsurans am Kopfe, ließ R. erst den Kopf mit Glycerin tränken, das Haar gut kämmen, Kopf und Körper im Bade mit Windsorseife waschen und abtrocknen, dann wur-

den mittels obengenannten Pinsels die kranken Stellen betupft. Die gleiche Procedur musste mehrmals wiederholt werden, nach 14 Tagen war Pat. gründlich geheilt.

In ähnlicher Weise heilte R. 2 Fälle von Pityriasis versicolor.

Seifert (Würzburg).

---

226. Carl Behm. Über intra-uterine Vaccination, über Schutzpockenimpfung Schwangerer und Neugeborener.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. suchte durch Impfungen Schwangerer die Frage zu beantworten, ob das Vaccinegift, welches nur fixer Natur, niemals flüchtig und jetzt allgemein als ein korpuskuläres angesehen werde (Bollinger, Perls, Klebs u. A.), durch die placentare Scheidewand dringe und so auf den Fötus übergehe, wie Bollinger solches für die Milzbrandbacillen gefunden hat, welche Anschauung ebenfalls der Lehre Kassowitz' zu Grunde liegt, welche behauptet, dass das an körperliche Bestandtheile (Blut, Eiterkörperchen) gebundene syphilitische Virus in keiner Richtung die placentaren Wände überschreite, weder in Richtung von der Mutter zum Fötus, noch umgekehrt, so dass z. B. eine während der Schwangerschaft inficirte Frau ihr Kind nicht vor der Geburt inficirt und andererseits eine ganz gesunde Frau ein vom Vater her syphilitisches Kind gebären kann, — oder ob sich das Vaccinegift dem Blute des Fötus mittheile, wie solches von der Rekurrensspirille von Spitz und Albrecht nachgewiesen wurde.

Geimpft wurden in der geburtshilflichen Klinik des Herrn Prof. Gusserow in der Charité 47 Schwangere und 33 Kinder dieser. nachdem sie niedergekommen. Die 14 Schwangeren, deren Kinder nicht geimpft wurden, verließen die Anstalt oder sind noch nicht niedergekommen. Von den 33 Schwangeren befanden sich 22 im 10., 10 im 9. und 1 im 8. Schwangerschaftsmonat. Impfungen in früheren Monaten konnten, da die Aufnahme von Schwangern nur in den letzten Monaten der Gravidität erfolgt, nicht vorgenommen werden. Die Impfungen wurden mit Schnitten ausgeführt, welche Methode sich Curschmann, Gast und Reiter als besonders wirksam erwies. Die subkutane resp. intravenöse Impfung, wie sie von Fröhlich, Senfft, Chauveau an Kühen und Kälbern geübt wurde und welche Bollinger auch für Schwangere empfohlen, um »bei erfolgloser Impfung einer Schwangern, so wie überhaupt den Versuch zu machen, durch subkutane oder intravenöse Impfung mit Vaccine oder Vaccineblut den Fötus intra-uterin schon immun zu machen«, wurde von Verf. nicht angewandt, weil man sich seines Erachtens von diesen Impfmethoden nichts versprechen kann, ganz abgesehen davon, dass sie unpraktisch seien, würden sie auch desshalb wenig wirksam für den Fötus sein, weil die Lymphe in zu großer Verdünnung ins Blut gelangt. Es wurden daher Schwangere wie Kinder durch je sechs

Schnitte auf jeden Arm geimpft, und größtentheils ein ganzes Röhrchen unverdünnter humanisirter Lymphe verwandt. Obgleich es dem Verf. nicht gelang sich eine ganz gleichmäßig virulente Lymphe zu verschaffen, so wurde dadurch das Gesammtresultat doch nicht wesentlich beeinträchtigt.

In den 33 Fällen wo Mutter und Kind geimpft wurden, sind nur 4 Schwangere ohne Erfolg geimpft worden, davon 3 mit nachweislich unwirksamer Lymphe, während die 4. erst vor 3 Jahren mit Erfolg revaccinirt war. Von den übrigen 29 Schwangeren wurden 22 mit vollständigem Erfolg revaccinirt d. h. es waren schöne große, vollsaftige Jenner'sche Bläschen mit starkem Entzündungshofe zur Entwickelung gekommen und nur 7 Schwangere mit modificirtem Erfolg.

Von den 33 Kindern, welche vom 1.—7. Tage nach der Geburt geimpft wurden, wurden 25 mit und 8 ohne Erfolg geimpft. Von diesen 8 Fehlimpfungen sind wieder 6 nachweislich durch schlechte Lymphe bedingt. Bei einem Kinde nur schien die Lymphe dagegen sicher gut zu sein, da ein am selben Tage mit derselben Lymphe geimpftes Kind 8 kräftige Impfpusteln aufwies und nur in diesem Falle neigt Verf. zu der Annahme, dass eine intra-uterine Vaccination stattgefunden habe. Bei den 25 mit Erfolg geimpften haben 5 nur eine und 4 zwei Impfpusteln gehabt, doch gelangten dieselben stets zur vollen Entwickelung eines Jenner'schen Bläschens, nur schien ihre Entwickelung hier und da etwas retardirt, so dass sich bisweilen erst am 5. Tage ein kleines Bläschen zeigte, welches erst am 8., 9. oder 10. Tage zur vollkommenen Blüthe gelangte. Dasselbe Verhalten gilt von den Pusteln der übrigen 16 Kinder, die 3 bis 13 Pocken besaßen. Die Kinder von den 4 fehlgeimpften Schwangeren sind mit Erfolg geimpft.

Von den 8 erfolglos geimpften Kindern können nur die beiden mit nachweislich guter Lymphe geimpften interessiren. Beide Mütter haben je 12 Impfpusteln. Die Impfung fand 14 und 21 Tage vor der Niederkunft statt.

Der Verf. kommt zum Schluss: »Ein Einfluss auf die Entwickelung der Impfpusteln, so wie überhaupt auf den Erfolg der Impfung Neugeborener von Seiten der Mütter, je nachdem dieselben mit ideellem, modificirtem oder ohne Erfolg geimpft waren, ließ sich nicht konstatiren.«

Bei einer Impfung der Mutter 51 Tage vor der Niederkunft, bei welcher die Mutter 10 Impfpusteln aufweist, entstehen beim Kind 8 Impfpusteln mit starkem Entzündungshof.

Weiter sagt Verf.: »Wir müssen demnach auf Grund unserer Beobachtungen zu dem Schlusse kommen, dass die intra-uterine Vaccination möglich ist, dass sie aber keineswegs sicher und nach den bis jetzt vorliegenden Resultaten, namentlich auch mit Hinblick auf die Gast'schen Erfahrungen jedenfalls sehr selten ist.«

Aus mehreren im Original nachzulesenden Gründen kommt Verf. ferner noch zu folgenden Schlussfolgerungen:

»Wegen der überaus ungünstigen Prognose der Variola für Schwangere und Kinder, ist die möglichst frühe Schutzpockenimpfung der Schwangeren, und bei der geringen Wahrscheinlichkeit der intrauterinen Vaccination auch die der Kinder zu empfehlen.«

»Die Impfung Neugeborener, welche gestillt werden, ist der Impfung älterer Kinder vorzuziehen.« **Kocks** (Bonn).

Kasuistik.

227. **Spitz** (Breslau). Zwei Fälle von cirkumskripter Läsion der motorischen Rindenzone des Gehirns.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 14.)

Mit Rücksicht auf die relative Seltenheit unkomplicirter cirkumskripter Rindenläsionen und ihre Verwerthung bei der Frage über die Existenz und den Sitz der motorischen Rindencentra, theilt S. folgende 2 Fälle mit.

I. 76jährige Frau, seit 5 Jahren auf dem rechten Auge vollständig erblindet, bekam unter Bewusstlosigkeit eine plötzliche isolirte Lähmung des rechten Armes. Bei der Aufnahme nach 2 Monaten findet sich ein linksseitiges pleuritisches Exsudat und starkes Atherom der peripheren Arterien. Der rechte Arm ist etwas ödematös, vollständig paralytisch, die Muskulatur atrophisch und kontrakturirt, die Sensibilität intakt. Nach 4 Monaten exitus letalis. Anatomischer Befund (Marchand): Carcinoma ventriculi. Endarteriitis chron. def. aort. et aa. corpor. Lungen-Embolie u. Infarkt. Sero-fibrinöse Pleuritis links etc. Encephalomalacia circumscripta gyri central. anter. sin. Atrophia nervi optici et excavatio pap. opt. In der Mitte der linken vorderen Centralwindung eine gelbliche, vertiefte und erweichte Partie, 1,5 cm breit, an der vorderen Fläche der Windung noch etwas in den Sulcus praecentral. und auf die 2. Stirnwindung (1 cm im Durchmesser) übergehend. Der Fall beweist, »dass eine Läsion der vorderen Centralwindung von oben charakterisirtem Sitz und Ausdehnung eine Lähmung des gegenüberliegenden Armes zur Folge hat«. Außer der durch Glaukom bedingten Sehnervenatrophie war der Gehirnbefund normal. Das Anasarka und die Atrophie der paralytischen Extremitäten zeigen, dass »vasomotorisch-trophische Störungen nicht gegen den Sitz des Herdes in der Hirnrinde« sprechen.

II. Ein 56jähriger Arbeiter, wegen Lungenphthise, Lebercirrhose etc. in Behandlung, bekommt unter Verlust des Bewusstseins eine vollständige Lähmung des rechten Mundfacialis, so wie der rechten oberen und unteren Extremität ohne Aphasie und Sensibilitätsstörung und im Gefolge tonische und klonische Krämpfe der linken Körperhälfte, von einem Spasmus im linken Facialis eingeleitet und von einem etwa eine Stunde anhaltenden Coma begleitet. Nach 8 Tagen erfolgt der Tod. Bei der Sektion (Marchand) fand sich außer Lungeninduration, Lungeninfarkt und Embolie, Lebercirrhose etc. ein taubeneigroßer Erweichungsherd, der einen Theil der beiden Centralwindungen und des Sulcus central. linkerseits betraf. Läsion beider Centralwindungen erzeugt also eine Paralyse der entgegengesetzten Körperhälfte; für den Umfang derselben lehrt die Krankengeschichte jedoch nichts Entscheidendes. Das Eigenthümliche des Falles sind die epileptischen Konvulsionen auf der der Lähmung entgegengesetzten Seite. Da weder in der Substanz der rechten Hemisphäre noch in den zuführenden Gefäßen eine Abnormität nachweisbar war, von einer Fernwirkung aber nicht die Rede sein konnte, so spricht der Fall gegen die Annahme eines Krampfcentrums in der Gehirnrinde und zu Gunsten von Nothnagel's Annahme eines Krampfcentrums in Pons und Medulla

oblong., in welchem durch periphere Reize, oder wie hier durch Rindenläsion reflektorisch epileptische Krämpfe ausgelöst werden. Die Konvulsionen, die je nach der individuellen Disposition und nach dem Sitz und der Ausdehnung der Läsion, in dieser oder jener Form auftreten, sind also für die topische Diagnostik nicht zu verwerthen.

Stintzing (München).

228. W. Ebstein. Ein Fall von Cystinurie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXX. p. 594.)

E. reiht an seine früheren Beobachtungen einen neuen Fall von Cystinurie, deren er im Ganzen in relativ kurzer Zeit 5 zu untersuchen Gelegenheit hatte. Ein 40jähr. Kaufmann, welcher 1858—1859 Schanker und Bubo acquirirt hatte, konsultirte E. 1880 wegen seiner Kopfbeschwerden, als deren Ursache schmerzhafte Knochenauftreibungen am linken Arcus supraorbitalis und rechten Os parietale sich ergaben.

Bei der Untersuchung des Harns zeigte sich ein mäßig reichliches, grauweißlich aussehendes Sediment, welches bei genauerer Untersuchung aus sechsseitigen Cystintafeln bestand. Der Harn zeigte keinerlei andere krankhaften Beimischungen, war frei von Eiweiß und Zucker. Reaktion stets sauer. Durch eine Inunktionskur (112,0 Unguent. ciner.) wurde Pat. sowohl von seinen Schmerzen befreit, als auch war eine bedeutende Zunahme des Körpergewichts zu verzeichnen gewesen.

Die bei dieser Gelegenheit angestellten Harnuntersuchungen ergaben kurz folgende Resultate:

1) Im Tagharn fand sich, gegenüber den Angaben Bartel's, mehr Cystin wie im Nachtharn.

2) Die Einnahme eines Linsengerichts steigerte die Cystinausscheidung beinahe auf das Dreifache, entgegen den Beobachtungen Bartel's, bei dessen Kranken die Aufnahme verschiedener Speisen und Getränke ohne wesentlichen Einfluss auf die Cystinausscheidung war.

3) Verlor sich, — und dies verdient besonderes Interesse — im Verlauf der Schmierkur die Cystinausscheidung theils ganz, theils bis nur auf Spuren und hatte ein wiederum verabreichtes Linsengericht jetzt neuen Einfluss auf die Cystinausscheidung.

4) Die Schwefelsäuremenge war im Allgemeinen eine normale und war in diesem Fall ein Steigen oder Fallen mit der Cystinmenge nicht zu konstatiren.

Die Harnsäureausscheidung erwies sich als gering, doch war sie nicht in dem Maß vermindert, dass diese Beobachtung zur Stütze der Ansicht beigezogen werden konnte, dass das Cystin auf Kosten der Harnsäure gebildet werde.

Hindenlang (Freiburg).

229. Gilbert Ballet. Deux cas de vomissements nerveux traités avec succès par l'alimentation artificielle. (Zwei Fälle von nervösem Erbrechen erfolgreich behandelt durch die künstliche Ernährung.)

(Progr. méd. 1882. No. 24.)

Die günstigen Resultate, welche bei an heftigem Erbrechen leidenden Phthisikern die künstliche Ernährung vermittels der Sonde aufzuweisen hat, veranlassten B. bei zwei Hysterischen, welche nichts essen konnten, ohne zu erbrechen, und in Folge dessen hochgradig abgemagert waren, dieselbe Ernährungsweise zu versuchen. Es geschah mit Erfolg: die zunächst in kleinen Portionen eingeführte Milch wurde bald gut ertragen. Nach einiger Zeit waren die Kranken wieder im Stande, auf natürliche Weise sich zu ernähren, ohne dass Erbrechen eintrat.

E. Bardenhewer (Bonn).

Anzeigen.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben

von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.
Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 17. Sonnabend, den 5. August. 1882.

230. **Kranz** (Stephansfeld). Ist der Verlust an Körpergewicht ein Erkennungszeichen eines vorausgegangenen epileptischen Anfalls?

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Um die bezügliche Behauptung Kowalevsky's zu prüfen, nahm K. 400 Morgenwägungen und 148 Wägungen nach Anfällen bei 7 Epileptischen vor, welche eine gleichmäßige Lebensweise führten und stellte die Resultate in Tabellen zusammen. Hieraus ergiebt sich, dass das Körpergewicht an Tagen mit Anfällen, aber eben so an solchen ohne Anfälle ziemlich großen Schwankungen unterliegt. An den letzteren Tagen ergaben sich von einem Morgen zum anderen Steigungen des Körpergewichts von 25—4000 g und Verlust desselben um 500—2750 g. Zur Kontrolle wog nun K. 8 Gesunde, 4 Wärter und 4 Arbeiter und fand tägliche Schwankungen von — 2000 bis + 1500 g, am Tage Steigungen bis 2000 g und in der Nacht Ab-

nahme von derselben Höhe. Die Gewichtsschwankungen bei den Epileptischen können daher nicht für anormale gelten. Die Wägungen nach den Anfällen ergaben 69mal, also in 46,63% einen Verlust des Körpergewichtes zwischen 25—2000 g, 44mal, also in 23,64% keine Differenz, 35mal, also in 29,73% eine Zunahme zwischen 15 und 2000 g. Auch bei Berücksichtigung der normalen Tagesschwankungen des Körpergewichtes konnte bei den Wägungen nach den Anfällen nur in etwa der Hälfte ein Gewichtsverlust konstatirt werden, bei den übrigen Zunahme oder keine Differenz; eben so wenig ließ sich eruiren, dass bei mehreren Anfällen hinter einander auf den ersten der stärkste Gewichtsverlust falle. Nach schweren Anfällen trat häufiger Gewichtsverlust ein, als nach leichten, während eine Gewichtszunahme öfter nach leichten Attacken, als nach schweren sich zeigte. K. stimmt demnach mit Lehmann (Inaug.-Diss. Straßburg 1881) darin überein, dass nicht nach jedem epileptischen Anfall ein Verlust an Körpergewicht vorhanden ist. Eine Körpergewichtsdifferenz hat also für die Frage, ob ein epileptischer Insult stattgefunden hat oder nicht, in einem zweifelhaften Falle keine pathognomonische Bedeutung.

Oebeke (Endenich).

---

231. **Ripping** (Düren). Über die Beziehungen der sogenannten Frauenkrankheiten zu den Geistesstörungen der Frauen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Die Thatsache, dass nach einer gynäkologischen Operation manchmal eine gleichzeitig bestehende Psychose sich bessert, schiebt R. auf die zugleich instituirte zweckmäßige Allgemeinbehandlung, da solche Beobachtungen unter ähnlichen Verhältnissen nicht selten nach viel geringeren Operationen gemacht werden. Bei Sichtung seiner Erfahrungen an den Irrenanstalten zu Siegburg und Düren fand R. unter 103 zur Sektion gekommenen weiblichen Geisteskranken bei 34, also 33%, pathologische Veränderungen der Geschlechtsorgane, und zwar des Uterus allein in 16 Fällen, der Tuben in 2, des Uterus und der Ovarien in 7, der Ovarien allein in 9 Fällen. Bei aller Würdigung der Wechselbeziehungen zwischen dem Geschlechts- und Gemüthsleben der Frauen sah R. nie die Psychose als reine Reflexneurose der sexuellen Erkrankung entstehen, vielmehr bildete ein gemeinsames Grundleiden die Ursache für beide oder das sexuelle Lokalleiden vermehrte die Disposition zu geistigem Erkranken durch allgemeine Ernährungsstörungen. Als direkte kausale Momente für Geistesstörungen können nur solche Sexualleiden gelten, welche durch ihren destruktiven Charakter oder durch anhaltende heftige Uterinblutungen die Allgemeinernährung in hohem Grade herabsetzen, wie dies R. an der Hand der pathologisch-anatomischen Ergebnisse unter eingehender Würdigung der einschlägigen Fälle darlegt. Die übrigen Erkrankungen der Sexualorgane kommen erst als Ursachen neben

Erblichkeit, frühern Anfällen von Geistesstörung und andern schweren Leiden in späterer Reihe in Betracht. So fand sich bei den 34 Frauen 18mal, also bei 53% Erblichkeit und bei 11 ein in Folge anderer Schädlichkeiten bereits früherer Anfall von Geisteskrankheit. Es erhellt dies auch daraus, dass Psychosen häufig heilen, ohne dass die sexuellen Lokalleiden beseitigt und die durch dieselben gestörten Funktionen regulirt wären. Die erste Kategorie, welche ein direktes kausales Moment, für die Psychose liefert, bedarf unzweifelhaft einer gynäkologischen Behandlung, die andern Fälle aber nicht, da die wiederholten Untersuchungen und Manipulationen bei frisch Erkrankten viel zu aufregend wirken, den krankhaften Vorstellungen neue Nahrung bieten und dadurch unheilbaren Schaden anrichten. Auch spricht sich R. entschieden gegen die Chloroformirung frisch erkrankter Geisteskranken behufs Vornahme einer gynäkologischen Untersuchung aus. **Oebeke** (Endenich).

---

232. **Huchard.** De la neurasthénie.

(L'union méd. 1882. No. 81 u. 82.)

Verf. bespricht, nachdem er die proteusartige Natur der in Rede stehenden Erkrankung hervorgehoben, die verschiedenen Symptome, wie sie bei derselben die einzelnen Organe und Systeme des Körpers darbieten. Dieselben tragen Alle mehr oder weniger den Charakter der sogenannten reizbaren Schwäche. Seitens des Centralnervensystems erwähnt er: Kopfschmerz, Frontal- und Occipitalneuralgie, Migräne, auf einen bestimmten Punkt lokalisirte Schmerzen, ähnlich dem Clavus hystericus, Gefühl von Schwere, Kälte, Hitze, Leere im Kopf, Neigung zu Schwindel etc. Die Störungen der Sinnesorgane sind sehr mannigfacher Art und tragen vielfach den Charakter des Bizarren; Vorliebe für gewisse, zuweilen unangenehme Gerüche und Speisen. Die Sehschärfe kann herabgesetzt oder vermehrt sein, oft besteht Amblyopie, Diplopie, Funkensehen, Lichtscheu, Gesichtshallucinationen. Von Seiten des Gehörorgans besteht meist große Empfindlichkeit gegen Geräusche aller Art; einigen Kranken ist ihre eigene Stimme unangenehm. Die Haut ist gewöhnlich der Sitz vielfacher und verschiedener Hyperästhesien; unbedeutende Reize, z. B. Kataplasmen, bringen oft excessive und langdauernde Wirkungen hervor. Nicht selten beobachtet man auch Parese der Hautgefäße. Die normaliter auf die Haut des Gesichts beschränkte Erregungsröthe zeigt sich bei neurasthenischen Zuständen auch am Thorax, dem Nacken, dem Rumpf etc. und nimmt zuweilen roseolaartige Form an (Roséole e motive). Das Herz funktionirt unregelmäßig (irritable heart der Engländer); nicht selten kommt es zu Anfällen von Präkordialangst, Ohnmacht etc. Die Respiration hat oft den Charakter der Dyspnoe, zuweilen auch der Polypnoe, der einfachen Vermehrung und Beschleunigung der Athemzüge. Krämpfe der Pharynx- und Larynx-

muskulatur, Gefühl von Erwürgung, Aphonie, Neigung zum Gähnen, rauher, trockner, kurz abgebrochener Husten werden häufig beobachtet. Die Verdauung liegt meist sehr danieder. Krämpfe des Ösophagus und des Magens, nervöse Dysphagie, Gastralgie, Neigung zum Erbrechen, Konstipation abwechselnd mit Diarrhoen oder gefolgt von der Entleerung geronnener, membranartiger Schleimmassen, Flatulenz etc. sind gewöhnliche Erscheinungen. Die Ernährung leidet sehr; die Abmagerung, die Anämie etc. ist meist hochgradiger als bei der Hysterie. Das Endresultat ist ein vollständiger nervöser Marasmus, der aber an sich selten zum Tode führt, während derartige Personen interkurrenten Erkrankungen leicht erliegen.

Schließlich theilt Verf. die neurasthenischen Zustände in 3 Gruppen ein: 1) Neurasthenie mit vorwiegend depressivem, 2) mit neuralgischem, 3) mit krampfartigem Charakter. Die von anderen Autoren beliebte Eintheilung nach den vorwiegend afficirten Organen hält er nicht für zweckmäßig. Seine einschlägigen Beobachtungen haben ihn zu der Überzeugung gebracht, dass in der Mehrzahl der Fälle von Neurasthenie gleichzeitig rheumatische oder gichtische Leiden bestanden, so dass er den Satz aufstellt: In den meisten Fällen ist die Neurasthenie eine arthritische Neurose.

Brockhaus (Godesberg).

---

233. **Debove.** De la transformation des épanchements pleuraux à la Suite de la thoracocentèse. Über die Veränderung der pleuritischen Ergüsse in Folge der Thorakocentese.

(L'union méd. 1882. No. 83.)

Ein seit 4 Jahren hemiplegischer Mann von 60 Jahren erkrankte an linksseitiger Pleuritis mit starkem serösen Exsudat, welches die Thorakocentese nöthig machte. Der angewandte Trokar war sehr fein, und nach Entleerung von ca. $^1/_2$ Liter klarer, sero-fibrinöser Flüssigkeit stockte der Ausfluss plötzlich, so dass der Trokar zurückgezogen werden musste. Im Verlauf der Nacht mehrere Frostanfälle; am nächsten Morgen starkes Fieber. In der Pleurahöhle ließ sich Luft nachweisen, das Exsudat hatte zugenommen. Am folgenden Tage erneute Punktion, bei der ein Liter stinkender, trüber Flüssigkeit entleert wurde. Unter dem Mikroskop zeigte dieselbe wenige Eiterkörperchen und eine Unmasse niederer Organismen, unter der Form stark lichtbrechender Punkte und sich lebhaft bewegender Stäbchen. Am andern Morgen Exitus. Bei der Autopsie wurde die Anwesenheit von Luft in der Pleurahöhle konstatirt. Die betreffende Lunge war gesund und die etwas verdickte und mit fibrinösen Schwarten bedeckte, aber nirgends gangränöse Lungenpleura intakt. Da bei der Feinheit des angewendeten Trokars das Eindringen der Luft von außen ausgeschlossen werden konnte, so nimmt D. eine Gasentwicklung in Folge der Zersetzung des Exsudats an, welch' letztere nur durch Eindringen von Fäulniserregern bei der Operation erklärt

werden kann. Der Apparat war vor der Benutzung mit Karbol desinficirt und die Trokarspitze ausgeglüht worden. Verf. schlägt, um das Eindringen von Fäulniserregern bei der Thorakocentese sicher zu verhüten, vor: 1) in dem mit dem Trokar verbundenen Schlauche eine Klappe anzubringen, um so ein Rückfließen der Flüssigkeit in die Pleurahöhle, wie es bei plötzlichen Hustenstößen und der dadurch verursachten Druckschwankung im Pleuraraume eintreten kann, zu verhüten und 2) den Trokar auf eine Temperatur von 130° zu bringen, letzteres vermittels eines transportabeln Trockenofens.

Brockhaus (Godesberg).

---

234. **Lagout.** Herpès noir des lèvres. Schwarzer Herpes der Lippen.

(L'union méd. 1882. No. 84.)

Eine 21jährige Frau erkrankt 3 Tage vor ihrer ersten Niederkunft an heftigem Fieber und gangränöser Entzündung der Haut über und vor dem linken Darmbeinkamm. Die brandige Stelle ist von ovaler Gestalt, 8 cm lang, 6 cm breit. Am Tage nach der Entbindung — das Kind war gesund — entstanden unter Fortdauer des Fiebers an den Lippen mehrere, verschieden große Herpesblasen. Dieselben unterschieden sich von dem gewöhnlichen Herpes durch die schwarze Färbung des Inhalts und die fehlende entzündliche Röthe des Grundes und der Umgebung. Nach der Eruption geringer Nachlass des Fiebers. Zwei Tage später erneute Eruption an den Lippen, Fieber wieder stärker, Puls 140, Haut brennend heiß, Bewusstsein nicht getrübt. Keinerlei entzündliche Erscheinungen seitens der Geschlechts- und Unterleibsorgane. Der erwähnte Brandschorf beginnt sich an seinem oberen Ende abzustoßen. Das Fieber trotzte jeder Behandlung und am 7. Tage nach der Entbindung starb die Kranke. Das Sensorium war bis kurze Zeit vor dem Tode vollkommen frei geblieben.

Verf. ist der Ansicht, dass der Herpes, sowohl die gewöhnliche ungefährliche, als diese schwere Form nicht als Begleiterscheinung einer fieberhaften Erkrankung aufzustellen, sondern eine selbständige Krankheit ist und zu den Eruptionsfiebern, die durch das Eindringen von Krankheitserregern in den Organismus hervorgerufen werden, wie Masern, Scharlach, Pocken etc., gehört. Tritt im Laufe einer Pneumonie Herpes auf, so ist das für ihn der Beweis, dass auch die Entzündung der Lungen herpetischen Ursprungs ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

235. **Catiano** (Berlin). Über die Störungen nach ausgedehnten Hautverbrennungen.

(Wiener allgemeine med. Zeitung 1882. No. 25 u. 26.)

Die allgemein bestätigte Beobachtung, dass eine über die Hälfte der Hautoberfläche ausgedehnte Verbrennung geringen Grades viel

schwerere Erscheinungen hervorruft, als die totale Verkohlung einer ganzen Extremität, brachte den Verf. auf den Gedanken nachzuforschen, ob nicht außer den in ihrer Wirkung unzulänglich erscheinenden, bisher dafür geltend gemachten Ursachen der behinderten Hautperspiration, so wie der Retention von Hautsekreten, bei der Verbrühung noch in Folge der schnellen Erhitzung ein besonderes Gift gebildet werde, welches die schweren Symptome veranlasst.

Im Schweiß finden sich nun Ameisensäure und Ammoniak getrennt, so wie zu ameisensaurem Ammoniak verbunden, vor. Letztere Substanz, außerhalb des Körpers erhitzt, geht unter Verlust von Wasser in Blausäure über. Den gleichen Vorgang in der Haut glaubt Verf. auch bei der Verbrennung annehmen zu müssen und zwar um so mehr, als die klinischen Symptome einer Blausäurevergiftung, vor Allem in Bezug auf die frühzeitige Lähmung des vasomotorischen und respiratorischen Centrums und die Temperaturerniedrigung der Körperoberfläche, bis auf das Kleinste mit denen nach einer Hautverbrennung übereinstimmen. Der strikte Beweis für diese Annahme durch Nachweis der Blausäure im Blut ist bis jetzt eben so wenig erbracht, wie bei einer Blausäurevergiftung mit der tödlichen Dosis von 0,05, weil sie eben zu minimal vorhanden ist.

Die bei Verbrühten nach den anfänglichen, glücklich überstandenen Cerebralzufällen vom 2. bis 10. Tage an auftretenden unstillbaren, oftmals tödlichen Diarrhoen, sind die Folgen eines heftigen, mit Abstoßung von reichlichen Epithelfetzen und mit häufigeren Duodenalgeschwüren einhergehenden Intestinalkatarrhes. Nach dem Verf. bewirkt das ameisensaure Ammonium, welches sich aus der im Blute kreisenden Blausäure zurückbildet, diese Ablösung des Darmepithels, und der saure Magensaft kann im Duodenum, wo er durch das alkalische Pankreassekret noch nicht neutralisirt ist, die epithellose Schleimhaut bis zur Geschwürsbildung arrodiren.

Die im weiteren Verlaufe der Verbrühungen auftretenden Embolien in Gehirn und Lungen können auch als Folge von Blausäure-Intoxikation gelten, in so fern als bei letzterer Verfettung und Abschilferung von Gefäßendothel beobachtet wird. Die »Verbrennungspneumonie« ist eine Schluckpneumonie, entstanden im soporösen Stadium nach der Verbrennung. Für die »Verbrennungsnephritis« ist Verf. geneigt, die Ameisensäure als Ursache anzusprechen.

Therapeutisch empfiehlt er vor Allem, durch künstliche Athmung und Reizmittel den Respirationsstillstand so lange zu hindern, bis die Blausäure wieder ausgeschieden oder im Körper zersetzt ist.

Bartold (Koblenz).

236. **Hallopeau** et **Tuffier.** Note sur un cas d'herpès phlycténoide de la face avec gangrène des muqueuses buccale et pharyngée. Über einen Fall von Herpes phlyctaenoides des Gesichts mit Gangrän der Mundhöhlen- und Rachenschleimhäute.

(L'union méd. 1882. No. 80.)

Der Fall betrifft eine Frau von 20 Jahren, die als Kind an skrofulösen Ausschlägen und Drüsenschwellungen, später zuweilen an Rachenkatarrhen gelitten hatte, im Übrigen stets gesund war. Sie hatte zweimal geboren, und schenkte das letzte Kind bei Ausbruch der Erkrankung. Letztere begann mit dem Auftreten zweier Knötchen auf der Haut der rechten Wange; dieselben entwickelten sich im Laufe eines Tages ohne Fieber und Schmerzen. Aus den Knötchen bildeten sich dann erbsengroße, mit röthlicher Flüssigkeit gefüllte Blasen, die platzten und zu großen, schwärzlichen Krusten eintrockneten. 3 Tage später eine ähnliche Eruption auf der linken Wange und 8 Tage nachher auf den Nasenflügeln. Zu gleicher Zeit stellte sich Schwellung des Zahnfleisches, erschwerte und etwas schmerzhafte Deglutition und näselnde Stimme ein. Nach weiteren 8 Tagen Anschwellung der Drüsen in der Gegend über dem Zungenbein linkerseits. Bei der Aufnahme der Kranken ins Hospital (3 Wochen nach Beginn der Erkrankung) folgender Status praesens: Auf der Haut des Gesichts keine frischen Herpesblasen mehr; an Stelle der ersten Eruption rundliche, röthlich gefärbte Verdickungen der Haut, an Stelle der später aufgetretenen Blasen je nach dem Alter schwarze, harte, oder braune, glatte Krusten. Lippen und Zahnfleisch stark geschwollen; an verschiedenen Stellen der Mundschleimhaut brandige Geschwüre. Mandeln und weicher Gaumen geschwollen; die ersteren, so weit sie sichtbar sind, besonders linkerseits mit erbsengroßen, wie Granulationen aussehenden Knötchen bedeckt. Die untere Hälfte des Gesichts linkerseits teigig geschwollen; in der Submaxillar- und Sternocleidomastoidalgegend links starke Drüsenpackete, rechts in geringerem Grade. Starke Salivation; Deglutition mehr erschwert als schmerzhaft Allgemeinzustand schlecht; Puls schwach, sehr frequent; Temperatur 40,5° C. An der Herzspitze ein schwaches systolisches Geräusch. Im Urin ziemliche Quantitäten Eiweiß. Diarrhoen. Therapie roborirend und lokal desinficirend. Der Tod erfolgte nach 7 Tagen im Zustande äußerster Prostration und leichtem Delirium. Zwei Tage vorher konnte man nochmals die Entwicklung einer erbsengroßen Herpesblase an der linken Lippenkommissur beobachten. Bei der Autopsie zeigte es sich, dass die Schleimhaut der Mundhöhle an den brandig afficirten Stellen in ihrer ganzen Dicke zerstört war. Im unteren Theil des Pharynx, am rechten Rande der Epiglottis und im Kehlkopf in der Höhe der aryepiglottischen Falten zahlreiche Ulcerationen. Die ganze hintere Fläche der Epiglottis mit punktförmigen Ecchymosen bedeckt. Auf der verdickten Mitralis frische Vege-

tationen von Weizenkorngröße. Die mikroskopische Untersuchung einer brandigen Schleimhautstelle ergab: Fehlen des Epithels, Durchtränkung der Bindegewebsschicht mit einer trüben Flüssigkeit, in der sich viele pigmentirte Körnchen, freie Fettkörnchen und körnige, weiße Blutkörperchen finden. Die elastischen Fasern sind unversehrt, die Bindegewebsfasern theilweise verschwunden. Die Untersuchung des Blutes während des Lebens hatte starke Vermehrung der weißen Körperchen und Mikrokokken in geringer Menge ergeben.

Die Verff. sind der Ansicht, dass der ursprüngliche Herpes phlyctaenoides der Gesichtshaut auf Mundhöhlen- und Pharynxschleimhaut übergegangen ist, dort, vielleicht unter dem Einfluss der Laktation, zu brandiger Zerstörung und im weiteren Verlauf zu allgemeiner Infektion Anlass gegeben hat. **Brockhaus** (Godesberg).

---

237. **Mestrum** (Dotzheim). Zur Praxis der Schutzpockenimpfung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 26.)

Verf. wendet sich gegen die Anwendung der Impflancette, welche augenscheinlich ursprünglich nur zur Impfung mittels Stich bestimmt war, aber auch ungemein häufig zur Schnittmethode verwandt wird. Er setzt die Nachtheile derselben aus einander und empfiehlt dringend ein anderes Instrument, das sogenannte englische Zahnfleischmesser, bei welchem die schneidende Fläche beilförmig senkrecht zum Handgriff aufgesetzt ist. Das Messer lässt sich schnell und gründlich reinigen, unfreiwillige Nebenverletzungen sind unmöglich, und Fehlimpfungen kommen fast gar nicht vor, weil der adhärente Lymphtropfen durch seine Schwere spontan nach der Richtung des entsprechenden Schnittes hinsinkt. Die Kinder merken kaum etwas von dem Schnitt. Verf. verwirft die übertrieben langen Schnitte und macht solche $1/2$ höchstens 1 cm lang, je 4 auf jeden Arm.

Kohts (Straßburg).

---

238. **Archambault.** Emploi des vésicatoires chez les enfants[1].

(Progrès méd. 1882. No. 21 u. 22.)

Der Verf. nimmt folgenden Standpunkt ein: Die Vesikatore, bei Kindern angewandt, richten oft großen Schaden an, sie verursachen eine Komplikation, die oft schlimmer ist, als das Grundleiden, gegen welches sie gerichtet sind; ihr Nutzen ist ein höchst zweifelhafter. Sie werden von den meisten Ärzten leichtsinnig und kritiklos angewandt, sowohl was die Indikationen als auch die Technik und die Kautelen der Applikation selbst anbetrifft.

Er stellt folgende Kontraindikationen auf:

---

[1] Das Referat wird hier noch einmal gegeben, weil es einige Punkte mit größerer Ausführlichkeit behandelt. Anm. d. Redaktion.

Gänzlich zu vermeiden sind die Vesikatore bei schwächlichen, heruntergekommenen, mit chronischen Affektionen behafteten Kindern. Hier bewirken sie Fieber, Schmerzen, Schlaflosigkeit, nervöse Symptome. Die Wunden haben wenig Tendenz zur Heilung, eitern lange, und schwächen so die Kinder. Skrofulöse Symptome treten oft erst nach Vesikationen auf, die vorher latent waren.

Zu verwerfen sind sie bei Gefahr einer diphtheritischen Infektion von außen und natürlich auch bei diphtheritischer Erkrankung; also auch beim Krup. Eben so ist bei Pseudokrup die Applikation auf die Larynxgegend, wie sie oft geübt wird, zu perhorresciren; denn einmal nützt sie nichts, dann ist die Unterscheidung vom echten Krup meist nicht möglich. Verf. erzählt einen Fall, wo in einem solchen Falle die Tracheotomie nöthig wurde, und man in der Vesikatorwunde operiren musste. Die ganze Stelle wurde natürlich diphtheritisch und der Pat. starb daran, denn absteigender Krup bestand nicht.

Eben so zu verwerfen sind die Vesikatore im Nacken, wie man sie bei allen möglichen Affektionen, am häufigsten bei Meningitis, anwendet. Sie nutzen gar nichts, höchstens können sie bei tiefem Coma eine kurze Erleichterung verschaffen. Sonst vermehren sie die Excitation, verursachen sogar mitunter Konvulsionen, bewirken Fieber, Schlaflosigkeit, oft sogar Nackenstarren, überhaupt verwischen sie das Krankheitsbild bis zur Unkenntlichkeit; gar nicht zu reden von den Fällen, wo toxische Nephritis und Dysurie die Folge ist.

Auch auf die hintere Thoraxwand bei Lungen- und Pleuraerkrankungen applicirt, richten sie nur Unheil an, hinterlassen Geschwüre, Decubitus, stören den Schlaf und die normale Lage auf dem Rücken. Wenn überhaupt soll man dieselben seitlich oder vorn auf die Brust appliciren.

Auch auf die Innenfläche der Oberschenkel applicirt veranlassen sie durch die unvermeidlichen Verunreinigungen Erysipele, tiefe Defekte etc. Was nun die Art der Applikation anbetrifft, so ist mit ganz anderen Kautelen zu verfahren wie bei Erwachsenen. Man darf das Pflaster natürlich entsprechend kleiner bei Kindern unter einem Jahre höchstens 1—1 1/2, höchstens 2 Stunden liegen lassen; tritt keine Blasenbildung ein, so ist die Zeitdauer nicht etwa zu verlängern, sondern dann sind auf die betreffende Stelle Kataplasmen von Brotkrumen, oder Milch, oder Kartoffelmehl zu legen.

Die Blasen sind aufzustechen und die abgehobene Epidermis sorgfältig zu konserviren durch geeignete Verbände, nachdem ein mit frischer Butter, oder Cold-cream, Vaseline oder Glycerin getränktes Leinwandläppchen aufgelegt ist; Cerate werden leicht ranzig und sind zu vermeiden. Die Vesikatore sind von den Ärzten selbst zu legen und mit Heftpflaster, Watte etc. genau zu fixiren, damit sie nicht verschoben werden. Eben so ist durch Verbände die Eintrocknung möglichst zu beschleunigen; zögert diese, so lege man Ka-

taplasmen, streue feingepulverte Chinarinde auf, oder wasche die Wunde mit

Decoct. cort. Chin. 500,0
Acid. carbol. 5,0
Aq. destill. 500,0.

Bei übelriechender Absonderung kann man eine Präcipitatsalbe, bei schmierigem Belag und schlaffer Granulationsbildung den Lapisstift oder eine 5%ige Lapislösung appliciren; bei letzteren eventuell mit ClN-Lösung abspülen. Bei Hypersekretion und verdächtigem Belage empfiehlt sich der gebrannte Gips 1stündlich aufgestreut und bei jeder neuen Puderung die trockene Kruste entfernt oder eine Lösung von Kampher in Phenol, z. B.

Kamphor. trit. 25,0
Acid. carbol. 10,0.

Natürlich ist auch die Allgemeinbehandlung nicht außer Acht zu lassen. **Kohts** (Straßburg).

---

239. **Beissel.** Balneologische Studien mit Bezug auf die Aachener und Burtscheider Thermalquellen.

Aachen 1882.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung von Aachen und Burtscheid erörtert Verf. die geologischen Verhältnisse beider Städte, die chemische Zusammensetzung ihrer Quellen mit Angabe einer genauen Analyse der Aachener Kaiserquelle und des Burtscheider Viktoriabrunnens, den Unterschied der Thermen beider Orte, die Art ihrer Benutzung etc. Sodann bespricht er die verschiedenen Badeformen und ihre Einwirkung auf den menschlichen Organismus, speciell auf das Nervensystem, die Respiration, Cirkulation, Hautthätigkeit und den Stoffwechsel. Bezüglich der Vollbäder kommt er auf Grund eigener Untersuchungen, über welche eine Tabelle beigegeben ist, zu dem Ergebnis, dass nach denselben die Menge des in 24 Stunden ausgeschiedenen Harnes abnimmt, sein Procentgehalt an Harnstoff, Harnsäure und Schwefelsäure dagegen zunimmt. Danach überwog die quantitative Verminderung der Harnmenge, so dass die an den Badetagen ausgeschiedene absolute Menge der genannten Harnbestandtheile geringer war, als an den Normaltagen. Diese Verminderung wurde durch eine vermehrte Ausscheidung in den nächsten Tagen ausgeglichen. B. ist der Ansicht, dass durch die Vollbäder der Stoffwechsel angeregt, die Harnstoff- und Harnsäurebildung im Körper vermehrt wird. Die verminderte Ausscheidung an den Badetagen erklärt sich durch die geringe Harnmenge, und der Umstand, dass der menschliche Harn nur einen bestimmten Procentgehalt von Harnstoff etc. zu lösen vermag. Die günstige Wirkung der Duschen auf die Lösung und die Resorption von Exsudaten erklärt Verf. auf mechanische Weise. »Die Gefäße der Haut, welche über dem erkrankten Theil liegen und direkt von dem Strahl

getroffen werden, erweitern sich und bilden so die natürlichen Öffnungen zur Entfernung der gelösten und abgesprengten Exsudatmassen.«

Die Wirkung der Dampf(kasten)bäder auf den Stoffwechsel ist nach den Versuchen von B. eine ähnliche, aber viel intensivere als die der warmen Vollbäder. Hier überwiegt an den Badetagen die procentige Vermehrung des Harnstoffs, der Harn- und Schwefelsäure im Harn derart, dass trotz der verminderten Harnmenge die in 24 Stunden ausgeschiedene Quantität obiger Stoffe vermehrt ist. Diese Vermehrung lässt sich auch noch an den dem Badetage folgenden Tagen konstatiren. Eine weitere Wirkung der Dampfbäder erwartet Verf. von dem durch die Haut in den Organismus eindringenden Schwefelwasserstoff und der Kohlensäure der Thermaldämpfe.

Versuche, welche B. mit der inneren Darreichung des Aachener Thermalwassers machte, ergaben eine Vermehrung der Harnsäure um 0,5—0,8 g in 24 Stunden. Die gleichzeitig beobachtete Vermehrung der Schwefelsäureausscheidung kann nicht allein auf die im Thermalwasser enthaltenen Schwefelalkalien bezogen werden, sondern muss entweder durch aufgenommenen gasförmigen Schwefelwasserstoff oder aus dem vermehrten Zerfall der Eiweißkörper des Organismus erklärt werden. Weitere, bei der Trinkkur in Betracht zu ziehende Faktoren sind nach B. der Gehalt des Thermalwassers an Chlornatrium und kohlensaurem Natron und die bekannten Wirkungen dieser Stoffe auf Magen- und Darmschleimhaut etc., so wie der Gehalt an Schwefelalkalien, welche besonders auf Leberthätigkeit und Gallenbereitung einen günstigen Einfluss ausüben sollen.

Verf. erörtert sodann die verschiedenen Krankheitsformen, bei denen der Gebrauch der Aachener und Burtscheider Thermen erfahrungsgemäß von günstiger Wirkung ist: Syphilis, Rheumatismus, Arthritis deformans, Gicht, Hautkrankheiten, Lähmungen und Neurosen, Verletzungen und chronische Metallvergiftungen. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

Im letzten Theile seiner Arbeit behandelt B. die sanitätspolizeiliche Überwachung der Heilquellen. Er verlangt gesetzliche Bestimmungen zum Schutze der als heilkräftig anerkannten Quellen, welche qualitative und quantitative Veränderungen derselben zu verhüten im Stande sind, besonders Überwachung von Erdarbeiten, Brunnenanlagen etc. in den anstoßenden Grundstücken, Kontrolle der Badeeinrichtungen, öftere, auf die wichtigsten festen und gasigen Bestandtheile beschränkte Analysen, fortlaufende Beobachtungen über den Einfluss meteorologischer Verhältnisse auf die Quellen und vor Allem Sorge für die Herbeiführung günstiger hygienischer Bedingungen (mustergültige Kanalisation, luftige, breite Straßen, gutes Trinkwasser etc.) in den Badeorten und ihrer Umgebung.

Brockhaus (Godesberg).

---

240. Cérenville. Observations cliniques sur l'emploi des injections hypodermiques de Strychnine dans le traitement de quelques affections du système nerveux. Klinische Beobachtungen über die Anwendung subkutaner Strychnineinspritzungen bei der Behandlung einiger Affektionen des Nervensystems.

(Revue méd. de la suisse rom. 1882. No. 6 u. 7.)

Verf. erwähnt zunächst die Ansichten einer Reihe von hervorragenden Neurologen über die Wirksamkeit des Strychnins in Nervenkrankheiten, welche im Allgemeinen wenig günstig für das Mittel sind. Nach C. mit Unrecht. Er hält das Strychnin für ein mächtiges Heilmittel in einer ganzen Reihe chronischer nervöser Affektionen. Bei akuten Erkrankungen ist es meist seiner irritirenden Eigenschaften wegen kontraindicirt. C. unterscheidet 4 Gruppen von Erkrankungen des Nervensystems, in denen er das Strychnin mit Erfolg angewandt hat.

Die 1. Gruppe umfasst die »umschriebenen oder allgemeinen Muskelatrophien meist als Folgen abgelaufener oder chronisch gewordener Neuritiden«. Es sind im Ganzen 15 näher beschriebene Beobachtungen, deren Details im Original nachzusehen sind. Gewöhnlich wurde neben den Strychnininjektionen Elektricität, Hydrotherapie etc. angewandt; dass aber bei den meist günstigen Erfolgen erstere die Hauptrolle spielten, beweisen Fall 1, 7 und 13, in denen nach wirkungsloser Anwendung der übrigen Heilmittel die Strychnininjektionen Besserung resp. Heilung herbeiführten. Bezüglich der Kontraindikationen zu ihrer Anwendung stellt C. folgende Sätze auf:

1) Seitens der sensibeln Nerven ist stets der Grad ihrer spontanen oder durch Druck hervorgerufenen Schmerzhaftigkeit zu beachten. Tritt im Verlauf der Strychninbehandlung einer allgemeinen oder cirkumskripten Muskelatrophie eine auf einen Nerv, z. B. den Ischiadicus beschränkte Neuralgie auf, so kann man die Strychninbehandlung noch einige Tage vorsichtig fortsetzen, muss aber damit aufhören, wenn die Schmerzhaftigkeit andauert oder stärker wird. Tritt eine schmerzhafte Reizung im Gebiete mehrerer Nerven gleichzeitig ein, so ist das Strychnin sofort auszusetzen. Das Mittel kann aber wieder angewandt werden, sobald durch Morphium, Bäder etc. die Neuralgie geschwunden ist.

2) Zu beachten ist der Zustand der trophischen Nerven. Zeigen sich Deformationen der Gelenke und ihrer Umgebung, meist bestehend in Verdickung des periartikulären Bindegewebes und besonders beobachtet an den Metakarpophalangealgelenken, so wie an den Gelenken des Tarsus, der Hüfte und der Schulter, welche bei Ausschluss anderweitiger Ursachen z. B. des Rheumatismus, auf trophische Störungen zurückzuführen sind, so wird das Strychnin schlecht ertragen und muss eventuell ausgesetzt werden. Gleiches gilt von dem

Ausbruch von Herpes oder von vermehrtem Wachsthum der Haare an verschiedenen Körperstellen (Fall 12).

3) Treten Kontrakturen oder Zuckungen der Muskeln ein, so ist die Dosis des Strychnins zu verkleinern.

4) Ungleichheit der Pupillen ist oft das Zeichen einer beginnenden irritativen Neuritis, und muss dies Symptom bei der Strychninbehandlung zur Vorsicht mahnen.

Die Indikationen zur Strychninbehandlung präcisirt C. dahin:

Besteht lokalisirte oder mehrere Muskelgruppen derselben Extremität betreffende Atrophie, so ist das Strychnin um so wirksamer, je schlaffer die Muskeln sind und je mehr die Affektion Neigung zu schmerzloser Weiterverbreitung, z. B. von einer unteren auf eine obere Extremität hat. In frischen, schmerzlosen oder wenig schmerzhaften Fällen oder in solchen, wo nach anfänglicher Schmerzhaftigkeit dieselbe geschwunden ist, wird die Strychninbehandlung gewöhnlich gut ertragen.

Die 2. Gruppe umfasst die »Myelitiden, die entweder stationär geworden oder in langsamem Fortschreiten begriffen sind«. Es sind im Ganzen 3 Fälle, der eine betrifft eine Entzündung des Rückenmarks in seiner ganzen Länge, der zweite nur im Dorsaltheil. In beiden waren die Resultate der Strychninbehandlung vorzüglich, weniger gut in dem dritten Falle (Bulbärparalyse mit Atrophie bei einem 11jährigen Kinde); doch war auch hier Besserung zu konstatiren.

Gruppe 3. Fünf Fälle von Hinterstrangsklerose. In 3 Fällen erhebliche Besserung bei Strychninbehandlung, in dem 4. wurde das Mittel nicht ertragen, im 5. blieb es ohne jede Wirkung. Bemerkenswerth ist die Wirkung des Strychnins auf die Incontinentia urinae, welche in den 3 ersten Fällen bestand und durch die Strychnininjektionen vollständig gehoben wurde. In Fall 2 wurden die Injektionen nach längerer Anwendung ausgesetzt; 6 Tage später aufs Neue Inkontinenz, die einigen weiteren Injektionen wich. In diesem Falle wurde auch ein Versuch mit der inneren Darreichung von Strychnin in Pillenform gemacht, aber bald aufgegeben, da der Zustand des Kranken sich verschlimmerte und Leibschmerzen mit Diarrhoe sich einstellten. Bei Wiederaufnahme der Injektionen rasche Besserung.

Gruppe 4. Cerebralaffektionen. Besserung in einem Falle von Paralyse des Arms nach Apoplexie; Heilung in einem Falle von rasch voranschreitender Gehirnerweichung mit schwerer Parese der Glieder, psychischer Störungen, totaler Aphasie und Agraphie. In zwei anderen Fällen kein Erfolg.

Günstige Wirkung von der Strychninbehandlung sah C. ferner in den chronischen Formen der infantilen Myelitis, besonders bei gleichzeitiger Anwendung des elektrischen Stromes. »Die durch das Strychnin hervorgerufene Erregung der Vitalität der Nerven und Nervenzellen ist ein Stimulans für die unter dem Einfluss des elektrischen Stromes eintretende Restauration der Muskelfaser.« Die tonisirende Wirkung des Strychnins macht sich endlich nach C. besonders

geltend in den Fällen von verschleppter Rekonvalescenz nach Typhus und Diphtheritis, wie auch in den nach diesen Krankheiten zurückbleibenden Lähmungen und Atrophien.

Die Dosis, in der C. das Strychnin anwandte, schwankte zwischen 0,001 und 0,006 pro Injektion, die Zahl der letzteren zwischen 14 und 315. Die subkutane Anwendung ist der innern entschieden vorzuziehen wegen der Möglichkeit der genaueren Dosirung, der rascheren Resorption und Elimination und der Vermeidung der bei Darreichung per os von Einigen beobachteten kumulirenden Wirkung des Mittels. Wirkliche Intoxikationserscheinungen sah C. nie. Die Intoleranz gegen das Mittel zeigte sich in einem Falle in hartnäckigem Kopfschmerz, in einem anderen in bald vorübergehendem Trismus, zuweilen in Tenesmus der Blase. Nie beobachtete C. das als Initialsymptom der Strychninintoxikation bezeichnete Jucken auf dem behaarten Theil des Kopfes. Der Injektionsort ist bei lokalisirten Erkrankungen in der Nähe der atrophischen Muskeln; sind zahlreiche Injektionen nöthig, so ist mit dem Ort zu wechseln.

Auf Grund seiner Erfahrungen redet C. weiteren Versuchen mit der Strychninbehandlung warm das Wort.

Brockhaus (Godesberg).

---

241. **Martin Cohn** (Berlin). Die Wirkungen des Resorcin und seine Anwendung in der Kinderpraxis.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Hft. 7 u. 8.)

Nachdem 1878 Andeer zuerst das Resorcin als neues Antisepticum empfohlen und in den folgenden Jahren weitere Indikationen für die Anwendung desselben, besonders auch bei abnormen Gährungsvorgängen und mykotischen Processen innerer Organe gegeben hatte, ist dasselbe von verschiedenen Beobachtern eingehenden Untersuchungen unterzogen worden. Die antiseptischen Eigenschaften wurden im Allgemeinen bestätigt, wenn auch nicht vollständig anerkannt; so wird von Guttmann eindringlich vor der Anwendung bei Blasenkatarrhen gewarnt, eben so von Leyden und Goltdammer, welche gar keine Erfolge damit hatten. Die Untersuchungen von Brieger, Lichtheim und Jaenike zeigten, mit wie vielen Übelständen die Anwendung des Resorcin als Antipyreticum verbunden sei, nur bei der Intermittens mussten die beiden letzten Autoren gewisse Erfolge zugeben. Größere Anerkennung fand das Präparat bei der Behandlung der kindlichen Brechdurchfälle, und die Beobachtungen von Totenhoefer und besonders von Soltmann berechtigen in der That zu großen Hoffnungen. Verf. theilt seine Untersuchungen über das Resorcin in einen experimentellen und in einen klinischen Theil; in letzterem werden die Wirkungen desselben in einer Reihe von Krankheitsfällen bei Kindern erprobt.

Die Thierexperimente, auf welche nur ganz kurz eingegangen werden kann, ergaben:

1) Dass eine schnelle Resorption des Resorcins von der Haut aus stattfindet, und dass relativ kleine Dosen (0,025) bei Fröschen stürmische Erscheinungen mit tödlichem Ausgang hervorrufen.

2) Bei subkutaner Injektion genügt eine Dosis von 0,08 bei Fröschen, um heftige Krämpfe und baldigen Tod herbeizuführen. Die Injektion ist nicht schmerzhaft.

3) Das Resorcin besitzt eine direkte Einwirkung auf das Herz. In allen Fällen sank bei Eintritt der Konvulsionen die Anzahl der Herzkontraktionen und je nach der Stärke der injicirten Dosis trat der Tod in längerer oder kürzerer Zeit unter allmählich schwächer und seltener werdenden Herzkontraktionen ein.

4) Antipyretische Wirkung. 2 Kaninchen wurden 0,5 g fauligen Harns eingespritzt. Eine Stunde nachher 40,5° C. Temperatur. Nach Injektion von Resorcin 0,5 $^1/_2$ Stunde nachher 38,6, 3 Stunden nachher wieder 40. Nach 30 Minuten zweite Injektion von 0,5 Resorcin; unter Krämpfen trat Temperaturabfall von 1,5° C. ein mit 2stündiger Dauer.

1%ige Resorcinlösung verzögert zwar, aber verhindert nicht die Milchgährung; nach Eintritt der Gährung schimmelt die Milch in demselben Maße wie gewöhnliche Milch.

Die Beobachtungen des Verf. bei Krankheitszuständen der Kinder beziehen sich zunächst auf 3 Fälle von katarrhalischer Stomatitis; 2 waren mit Gastrokatarrh komplicirt. Alle 3 wurden schnell geheilt. Es genügte eine Dosis von 0,03 mit 20 Sir. Störende Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Dann kamen 35 Fälle von Durchfall und Brechdurchfall zur Behandlung, »von denen 30 geheilt wurden, von den 5 letal geendeten Fällen sind 2 erst nach langem Bestehen des Brechdurchfalls in elendem Zustande in Behandlung gekommen, ein dritter Fall betraf einen Knaben, dessen Ernährungszustand ein so elender war, dass das Kind fast skelettartig abgemagert in die Poliklinik gebracht wurde. Die Wirkung des Resorcin war eine rasche und sicher eintretende; die Zahl der Stuhlgänge wurde bald herabgesetzt und das Erbrechen sistirt. Im keinem Falle traten üble Nebenwirkungen auf«. Die Dosis war 0,1—0,4 (!) pro die auf 60,0 Inf. Chamomill. mit 20 Sir. Die Diät bestand in Milch mit Haferschleim, nöthigenfalls in Eis gekühlt. Nebenbei Wein und Excitantien (Äther, Kampher).

Kohts (Straßburg).

---

242. **Sereins.** Morsure de Vipère. Traitement par des injections hypodermiques d'acide phénique. Guérison rapide. Schlangenbiss. Behandlung mit subkutanen Karbolinjektionen. Schnelle Heilung.

(L'union méd. 1882. No. 88.)

Eine 40jährige Frau wird von einer der im Süden Frankreichs häufigen giftigen Vipern unter den äußeren Knöchel des linken Fußes

gebissen. Eine halbe Stunde später heftiger brennender Schmerz in der Wunde und längs des Beines; Gefühl von Zusammenschnüren des Leibes, Erstickungsangst, Übelkeit, Erbrechen schleimiger und galliger Massen. Der Brechakt wird jedes Mal durch eine, von der Wunde zum Magen aufsteigende schmerzhafte Aura eingeleitet. S. sah die Kranke nach 2 Stunden. Es bestand fortwährendes Erbrechen, große Erstickungsangst. Haut kalt mit Schweiß bedeckt, Puls klein, 110 Schläge in der Minute. Oberhalb der beiden kleinen Bisswunden eine Blase, verursacht durch eine aufgelegte Kompresse mit Ätzammoniak. Der untere Theil des Unterschenkels stark geschwollen, die Haut marmorirt mit gelblichen Flecken und kleine Ecchymosen, dazwischen vereinzelte mit gelblicher Flüssigkeit gefüllte Bläschen. S. machte von einer Lösung von Acid. carbol. 2,0 auf 15,0 Glycerin 4 Injektionen, eine oberhalb der Wunden, die drei anderen an der oberen Grenze der Geschwulst; der Rest der Karbollösung wurde per Klysma gegeben. Eine Stunde später bedeutende Abnahme der Geschwulst, das Erbrechen lässt nach und hört nach 3 Stunden gänzlich auf. In der Nacht etwas Schlaf, am folgenden Tage, abgesehen von leichter Schwellung des Unterschenkels, völliges Wohlbefinden. Nach S. ist besonders die rasche und prompte Wirkung der Karbolsäure bemerkenswerth. Bei der sonst in Südfrankreich üblichen Methode (Kauterisation der Bisswunden und Ligatur um den betroffenen Theil) tritt oft der Tod und in den günstig verlaufenden Fällen die Heilung selten vor dem 12. Tage ein.

Brockhaus (Godesberg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.
Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 18. Sonnabend, den 12. August. 1882.

243. J. Kaulich. Zur Therapie der Diphtherie.

(Prager med. Wochenschrift 1882. No. 19—20.)

Durch die Koch'schen Untersuchungen über die bakterientödtende Wirkung des Sublimats angeregt, stellte Verf. mit diesem Mittel therapeutische Versuche bei Diphtheritis an. Die Anwendung desselben geschah lokal und innerlich; lokal durch Bepinselung der Auflagerungen in Mund, Nase und Rachen, mit einer Lösung von 0,05—0,1 g auf 100 (4mal des Tages bis 2stündlich), bei Tracheotomirten wurde auch die Trachealwunde, so wie die Trachea selbst mit jener Lösung ausgewaschen; ferner mittels Inhalation 0,005 auf 1000), welche je nach der Individualität des Falles entweder stündlich oder in längeren Zwischenräumen 15 Minuten lang vorgenommen wurde. Innerlich geschah die Verabreichung des Sublimats bei kleineren Kindern in Gaben von 0,01 auf 100 pro die, bei größeren 0,02 innerhalb 36—24 Stunden und zwar wurde das Sublimat mit Eidotter verrieben und

nebst Kognak etwas Sirup zugesetzt. Außerdem machte K. von der lokalen Wärmeapplikation ausgiebigen Gebrauch.

Unter 9 auf diese Weise behandelten zumeist schweren Fällen von Diphtherie, welche sämmtlich die Vornahme der Tracheotomie zu erheischen schienen, konnte 2mal, und nach des Verf. Überzeugung Dank der eingeleiteten Therapie, diese Operation vermieden werden. Von diesen 9 Fällen starben 2; beide Todesfälle betrafen tracheotomirte Kinder, in beiden Fällen war Pneumonie nachweisbar. — Von 8 anderen während desselben Zeitraumes aufgenommenen nicht mit Sublimat behandelten Kranken starben 5, sämmtlich Tracheotomirte. K. schreibt dem Sublimat außer der antibakterischen Eigenschaft eine direkte Einwirkung auf die Membranen zu, welche darin bestehe, dass dieselben sich rasch ablösen, ohne dass lokale Recidive auftreten. Die günstigen Erfolge bestimmen den Verf. zur weiteren Prüfung dieser Behandlungsweise aufzufordern, weiter betont er, dass die Medikation so früh als möglich Platz greifen müsse und mit unverdrossener Ausdauer durchzuführen sei. **E. Schütz** (Prag).

---

244. Damsch. Die Impfbarkeit der Tuberkulose als diagnostisches Hilfsmittel bei Urogenitalerkrankungen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. p. 78.)

Bei der oft unüberwindliche Schwierigkeiten darbietenden differentiellen Diagnose der unter dem Bilde chronischer Entzündungen mit Eiterung einhergehenden Erkrankungen der Harnwege, besonders mit Rücksichtnahme auf eine tuberkulöse Grundlage, unternahm Verf. auf Anregung Ebstein's, bei der anerkannten Thatsache der Impfbarkeit der Tuberkulose, diese Eigenthümlichkeit als diagnostisches Hilfsmittel auch bei den Erkrankungen des Urogenitalapparates zu verwerthen und auf seine Stichhaltigkeit zu prüfen. Zur Impfung wurde der Bodensatz des Urins genommen, der unter »antiseptischen Kautelen« aufgefangen und mit einer 0,6 %igen ClNa-Lösung verdünnt abgestellt worden war. Als Ort der Impfung diente die vordere Augenkammer resp. Glaskörper vom Kaninchen.

Die Impfungen zunächst, welche mit Material gemacht wurden, welches von Patienten stammte, bei denen die Diagnose einer tuberkulösen Erkrankung der Harnwege sicher stand — im Ganzen 7 Fälle mit 14 Impfungen — waren sämmtlich erfolgreich, bei 2 Impfungen trat gleichzeitig septische Infektion ein, welche zu Panophthalmitis führte, eine spätere Tuberkeleruption trat gleichwohl ein. Durch die mikroskopische Untersuchung der enukleirten Augen wurde die Tuberkeleruption noch außerdem bestätigt.

Erfolglos waren 5 Impfungen, welche mit dem Urin einzelner dieser Fälle angestellt wurden, zu Zeiten, wo derselbe fast klar, nicht sedimendirend abgesondert worden war.

Die als Gegenprobe angestellten Impfungen mit eiterhaltigem Urin von solchen Patienten deren Blasenleiden mit Sicherheit als

nicht tuberkulös angesehen werden konnte, ergaben negative Resultate. Bei dem einen Versuchsthier trat Panophthalmitis mit Phthisis bulbi ein, ohne dass 4 Monate später eine Tuberkeleruption nachgewiesen werden konnte.

In 2 dubiösen Fällen, welche beide in dem Verdacht der Tuberkulose standen, hatte Verf. Gelegenheit, dieses diagnostische Hilfsmittel in Anwendung zu bringen. In dem ersten, einen 27jährigen Mann betreffend, welcher seit 2 Jahren an Blasenkatarrh litt und bei dem die objektive Untersuchung außer eiterhaltigem Urin einen harten Knoten im Nebenhoden ergab, war die Impfung erfolgreich; in dem zweiten, eine 26jährige Frau, welche seit 9 Jahren an Urinbeschwerden litt, einen blut- und eiterhaltigen Harn absonderte, blieb die Tuberkeleruption bei dem Versuchsthier aus.

Hindenlang (Freiburg i/B.).

---

245. **Bovel.** De l'ozène catarrhal. Über katarrhalische Ozäna.

(Rev. méd. de la suisse rom. 1882. No. 5.)

Im Anschluss an einen näher beschriebenen Fall erörtert Verf. seine Ansicht über die in Rede stehende Erkrankung. Ätiologisch legt er in den Fällen, wo keine dyskrasischen Zustände, Syphilis, Tuberkulose etc. vorhanden sind, das Hauptgewicht auf eine unvollständige Entwicklung der Nasenhöhlen. Er bespricht sodann den gewöhnlichen Verlauf der Erkrankung, der in schweren Fällen durch Fortschreiten der Entzündung auf die Meningen und Thrombenbildung in den Gehirnsinus zum Tode führen kann, gewöhnlich aber nach 2—4jähriger Dauer unter Narbenbildung ausheilt, in einigen Fällen auch stationär bleibt. Als Begleiterscheinungen der katarrhalischen Ozäna beobachtete er: dumpfen, durch Druck vermehrten Schmerz zwischen beiden Augen und auf die Arcus supraorbitales ausstrahlend, in einem Falle einseitigen Nystagmus, der aber nur während der Nacht bestand, Conjunctivitis, Thränenträufeln, endlich in 3 Fällen eine Psychose mit dem Charakter der Melancholie, leichtem Stupor ohne Hypochondrie; mit der Heilung des Nasenleidens besserte sich auch der geistige Zustand. Bemerkenswerth war nach B. in letzteren Fällen der Umstand, dass das Nasenleiden die Kranken in keiner Weise zu belästigen schien, während sie alle drei über heftigen Kopfschmerz klagten. Nach den Erfahrungen des Verf. kommt Ozäna besonders bei jungen Mädchen vor, seltener bei jungen Männern, und scheint das Leiden bei den Erwachsenen vollständig zu schwinden; auch will er den Beginn der Erkrankung öfter links als rechts beobachet haben. Die Therapie kann nur eine operative sein, da alle anderen Mittel, innerliche wie äußerliche, unwirksam sind. B. verwirft alle Operationsmethoden, bei denen irgend eine entstellende Narbe zurückbleibt. Seine Methode, die er in einer Reihe von Fällen als sehr wirksam erprobt hat, besteht darin, in der Narkose bei

hängendem Kopf die erkrankte Schleimhaut mit dem scharfen Löffel auszuschaben und nachher mit dem Galvanokauter auszuätzen. Beim Ausschaben kann man die erkrankten, zottigen und geschwürigen Schleimhautpartien von den gesunden sehr gut durch das Gefühl unterscheiden. Die Heilung erfolgt durch Bildung einer glatten Narbe an Stelle der erkrankten Schleimhaut; der Geruch geht für immer verloren. **Brockhaus** (Godesberg).

---

246. **Tordeus.** Essai sur le muguet des nouveau-nés. Studie über den Soor der Neugeborenen.

(Thèse d'agrégation. Brüssel 1882.)

Das erste Kapitel seiner Arbeit widmet Verf. der Geschichte des Soors. In den medicinischen Schriften des Alterthums finden sich keine exakten Notizen über diese Krankheit; bis zum Ende des 17. Jahrhunderts wird der Soor wie alle anderen Lokalerkrankungen des Mundes mit ulcerösem und gangränösem Charakter unter dem gemeinsamen Namen der Aphthen zusammengefasst, während späterhin letztere Bezeichnung auf die papulösen und vesikulösen Affektionen der Mundschleimhaut beschränkt wird. Im Anfang dieses Jahrhunderts ging die Ansicht der Mehrzahl der Ärzte dahin, dass der Soor durch Bildung falscher Membranen entstehe, bis im Jahre 1840 Berg das Wesen der Krankheit in der Entwicklung eines vegetabilischen Parasiten erkannte, welchem Robin den Namen Oidium albicans beilegte.

In Kapitel 2 bespricht T. die Ätiologie des Soors. Er beschreibt die morphologischen Eigenschaften des Soorpilzes und erwähnt die divergirenden Ansichten der Autoren über die Gattung der niederen Organismen, welchen derselbe zuzuzählen ist. Bis zur endgültigen Entscheidung dieses Streites will er an dem Namen: Oidium albicans festhalten. Die Keime des Soorpilzes werden sowohl durch die Luft als direkt durch Löffel, Saugflaschen etc. übertragen. Das früheste Kindesalter, besonders die Neugeborenen und von diesen wieder die schwachen, zu früh geborenen erkranken am leichtesten an Soor; gewisse Krankheiten, vor Allem Gastrointestinalkatarrhe begünstigen die Entwicklung desselben, eben so die heiße und feuchte Jahreszeit, schlechte Nahrung, Unreinlichkeit etc. Den Grund, warum hauptsächlich Neugeborene an Soor erkranken, findet T. in der, der Entwicklung des Pilzes günstigen sauren Reaktion der Mundflüssigkeit, in der geringen Speichelabsonderung als Folge unvollendeter Entwicklung der Parotis, so wie in den, besonders bei schwachen, unreifen Kindern mangelhaften Saug- und Deglutitionsbewegungen. Ernährung mit Amylaceen begünstigt die saure Reaktion der Mundflüssigkeiten, und damit die Entwicklung des Soorpilzes.

Kapitel 3 behandelt die pathologische Anatomie des Soors. Lieblingssitz desselben ist der vordere Theil und die Seiten der Zunge, von da verbreitet er sich auf Lippen, Wangenschleimhaut und Schleim-

haut des harten Gaumens, seltener auf das Zahnfleisch. Die erste Entwicklung der Soorwucherungen zeigt sich in Form feiner Punkte, die sich vergrößern, allmählich konfluiren und schließlich eine die ganze Mundhöhle auskleidende Membran bilden können. Die Farbe der Soorwucherungen ist weiß, zuweilen schmutzig weiß, gelblich oder selbst schwärzlich. Die gelbliche Farbe rührt nach T. oft von der Beimengung rother Blutkörperchen her. Die Entwicklung des Soorpilzes führt zu einer katarrhalischen Entzündung der Mundschleimhaut; dagegen stehen nach T. die von Vallein, Trousseau u. A. bei Soor beobachteten Ulcerationen am harten Gaumen mit diesem in keinem direkten ursächlichen Zusammenhang. Andere Lokalisationen des Soors sind: Pharynx, Ösophagus, Kehlkopf, besonders die mit Plattenepithel versehenen falschen Stimmbänder, aber auch Cylinderepithel tragende Stellen, Magen, Dickdarm, Gehirn und Lungen. Für alle diese Lokalisationen stellt T. eine Reihe theils eigener, theils fremder Beobachtungen zusammen, über die das Nähere im Original nachzusehen ist. Bei der von Parrot herrührenden Beobachtung von Soorbildung in den Lungen (kirschkerngroßer, gelblicher Knoten in der rechten Spitze, in dem die mikroskopische Untersuchung Soorpilze in Menge nachwies). bleibt es nach T. zweifelhaft, ob sich die Pilzwucherungen an der erwähnten Stelle selbst gebildet resp. vermehrt haben, oder ob sie durch successiv mit dem Luftstrome eingeführte, aus dem Mund stammende Pilzbröckel gebildet sind. Endlich ist Soor beobachtet worden an der Brustwarze stillender Frauen, an dem Scheideneingang frisch Entbundener und auf dem inneren Blatt der Vorhaut bei Diabetikern. Die Pilze entwickeln sich nach T. zuerst unter dem Epithelium, und wuchern dann durch dasselbe nach oben, so wie nach unten in die Bindegewebsschicht der Schleimhaut, ja selbst in das submuköse Gewebe und die in demselben verlaufenden Blut- und Lymphgefäße.

Kapitel 4 und 5 sind der Beschreibung der Symptome und des Verlaufs, so wie der Differentialdiagnose und Prognose des Soor gewidmet. Verf. unterscheidet zwischen idiopathischem und symptomatischem Soor. Ersterer ist eine fieberlos verlaufende, stets auf die Mundschleimhaut beschränkte Affektion mit günstiger Prognose, kann jedoch in vernachlässigten Fällen zu ernsteren Verdauungsstörungen führen. Beim symptomatischen Soor hängen Verlauf und Prognose wesentlich von der Schwere der Erkrankungen ab, welche derselbe komplicirt. Tritt Soor zu Cholera nostras hinzu, oder werden durch hartnäckige Durchfälle erschöpfte Kinder von ihm befallen, so ist die Prognose sehr schlecht; bei marantischen Zuständen Erwachsener zeigt das Auftreten von Soor stets die Nähe des Todes an. Verwechseln kann man die Soorwucherungen mit Aphthen, geronnenen Milchkrümeln, die an irgend einer Stelle der Mundschleimhaut haften, ulceröser Stomatitis und diphtheritischen Belägen, doch ist nach T. die Differentialdiagnose stets leicht; besonders in Betracht kommt das Alter der Erkrankten, so wie die Farbe, Konsi-

stenz und Adhärenz der Wucherungen. In zweifelhaften Fällen entscheidet das Mikroskop.

In dem 6., die Therapie behandelnden Kapitel legt T. den Hauptwerth auf sorgfältige Prophylaxis, Reinlichkeit, gute Nahrung etc. Besonders für Kinderhospitäler empfiehlt er strenge Isolirung der Soorkranken von den Gesunden und gute Ventilation zur Fortführung der in der Luft suspendirten Soorkeime. Lokal wendet er nur Lösungen von Borax und benzoesaurem Natron (3—5 auf 30) zu Waschungen und Pinselungen an, und hat namentlich mit letzterem Mittel sehr gute Resultate erzielt. Beide haben neben ihrer pilztödtenden Eigenschaft noch den Vortheil, dass sie die übermäßige Säure der Mundflüssigkeiten neutralisiren. Gegen die begleitende katarrhalische Stomatitis empfiehlt er als Specificum chlorsaures Kali. Er verwirft alle stärkeren Mittel, wie Sublimat und Höllensteinlösung etc. Bei Soor der Luftwege empfiehlt er Inhalationen von Natr. benz. in Lösung, event. Brechmittel. Bei Soor des Ösophagus gleichfalls Brechmittel, am besten Apomorphininjektionen, oder Durchführen eines mit Natr. benz.-Lösung getränkten und an einem Fischbeinstab befestigten Schwämmchens. Soorwucherungen im Magen und Dickdarm sind, weil intra vitam nicht zu diagnosticiren, therapeutisch nicht angreifbar. **Brockhaus** (Godesberg).

---

247. **Raggi.** Aberrazione del sentimento sessuale in un maniaco ginecomasta. Verirrung des Geschlechtsgefühls bei einem Maniacus mit weiblicher Bildung der Brustdrüsen.

(Annali univ. di med. e chir. 1882. No. 4.)

Der Fall betrifft einen Mann von 25 Jahren, der, an Manie leidend, in die Irrenanstalt von Bologna aufgenommen wurde. Anamnestische Daten konnten nicht erhoben werden. Die Untersuchung des Kranken ergab gut proportionirten Körperbau, normale Entwicklung der Genitalien, dolichocephalen Schädel, stark entwickelte Mammae, besonders linkerseits. Die körperlichen Funktionen waren normal. Der psychopathische Zustand charakterisirte sich durch Störungen der Intelligenz und des Gemüths: Ideenflucht, fixe Delirien, aufgeregtes Wesen etc. Der Kranke glaubt sich in eine Frau verwandelt, fürchtet Nachstellungen seitens seiner männlichen Umgebung und ist zu Thätlichkeiten gegen dieselbe geneigt. Nach Verlauf mehrerer Monate wird er ruhiger, die fixe Idee bezüglich seines Geschlechts besteht fort. Auf das Widersinnige derselben aufmerksam gemacht, zeigt er zum Beweise der Richtigkeit die Brustdrüsen und entleert durch Druck auf die linke einen feinen Strahl einer milchähnlichen Flüssigkeit. Diese Absonderung wurde allmählich geringer und hörte schließlich ganz auf; gleichzeitig besserte sich der geistige Zustand immer mehr und konnte er nicht lange nachher als geheilt entlassen werden.

R. glaubt, dass die maniakalische Geistesstörung das Primäre gewesen ist und dass die fixe Idee der Umwandlung in eine Frau in dem Kranken durch die von ihm beobachtete stärkere Entwicklung der Brustdrüsen und die Sekretion der milchähnlichen Flüssigkeit entstanden ist. Er ist nicht abgeneigt, anzunehmen, dass die abnorme Erregung des Gesammtnervensystems eine Reizung der Brustdrüsen, welche zu Wachsthum derselben und zur Absonderung von Sekret führte, hervorgerufen hat und erinnert an die von Anderen beobachtete Vermehrung der Schweiß- und Speichelabsonderung bei ähnlichen nervösen und psychischen Erkrankungen.

Brockhaus (Godesberg).

---

248. **Sevestri.** Cirrhose avec adénome hépatique. Oblitération de la veine porte par le produit néoplastique. Lebercirrhose mit Adenom. Verstopfung der Pfortader durch die Neubildung.

(L'Union méd. 1882. No. 87.)

Ein dem Alkohol ergebener, bis dahin, abgesehen von einem kurz dauernden Ikterus gesunder 44jähriger Mann erkrankte an Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, schleimigem, später galligem Erbrechen. Gleichzeitig magerte er bedeutend ab. 5 Wochen später begann der Leib zu schwellen, Anfangs langsam, später sehr schnell. 7 Wochen nach Beginn der Erkrankung Aufnahme ins Hospital. Stat. praes.: Starke Abmagerung. Hochgradiger Ascites. Sehr entwickeltes Venennetz in der Haut des Bauches. Unterer Leberrand weder durch Palpation noch durch Auskultation bestimmbar. Oberer Leberrand steht höher als normal. Keine Ödeme. Farbe der Haut leicht ikterisch, erdig. Urin an Quantität verringert, ziegelstaubförmiger Niederschlag. Kein Albumin aber Gallenfarbstoffe. In den Lungen etwas Schleimrasseln. Herz gesund. Trotz Diaphorese und Diurese Zunahme des Ascites. Nach 8 Tagen Punktion, wobei 9 Liter einer grünlich gefärbten, hellen Flüssigkeit entleert wurden. Nach Entleerung der Flüssigkeit zeigte sich Leber und Milz bei der Palpation von normaler Größe. Der Ascites nahm rasch wieder zu und nach 3 Tagen starb der Kranke. Bei der Autopsie fanden sich im Abdomen ca. $2^1/_2$ Liter der beschriebenen Flüssigkeit. Die Leber wog 2300 g und zeigte an ihrer Oberfläche eine Menge hirsekorn- bis erbsengroßer Hervorragungen, außerdem mehrere größere, weißliche, wie Carcinomknoten aussehende Vorsprünge. An einzelnen Stellen, besonders an der unteren Oberfläche im Niveau des linken Lappens fanden sich baumförmig verzweigte, weißliche Züge. Es waren dies Äste der Pfortader, die mit einer halbfesten, weißgelben Masse angefüllt waren. Dieselbe Masse füllte den Stamm der Pfortader an, bis zu ihrer Vereinigungsstelle aus den Venen des Darmes etc. Milz nicht vergrößert. Im Magen die bei Säufern gewöhnlichen

Befunde. Herz schlaff, mit Spuren fettiger Entartung der Muskulatur. Die mikroskopische Untersuchung der Leber ergab eine allgemeine Cirrhose dieses Organes und Adenombildung. Über die Einzelheiten siehe das Original.

Der Fall ist nach Verf. bemerkenswerth, durch den ungemein rapiden Verlauf, die rasche Entwicklung des Ascites und der kollateralen Cirkulation durch die subkutanen Abdominalvenen. Merkwürdig ist ferner der geringe Ikterus und das Fehlen von Veränderungen in der Milz trotz der totalen Obliteration der Vena portae.

Brockhaus (Godesberg).

---

249. **Silva.** Sull' azione antipiretica del timolo. Thymol als ein antipyretisches Mittel.

Auf Prof. Bozzolo's Veranlassung wandte Verf. weitläufig Thymol in der Turiner propädeutischen Klinik und in einer Abtheilung des S. Johannes Krankenhauses derselben Stadt an, um zu bestimmen, ob das genannte Präparat auch die antizymotischen und antipyretischen Wirkungen, wie andere derselben aromatischen Familie angehörenden Substanzen — wie Salicyl- und Karbolsäure — besitze. Seine Beobachtungen haben festgestellt, dass die antifebrile Wirkung des Thymols sehr deutlich ist.

Die Dosis schwankte zwischen 1 und 4 g, welche binnen wenigen Stunden dargereicht wurden: das Heilmittel wurde in Oblaten eingewickelt, jedes Pulver enthielt 1 g Thymol, und kurz nach dem Bolus ließ man den Kranken ein alkoholisches Getränk oder einfaches Eiswasser trinken.

Nach der Darreichung des Thymols beobachtete Verf. immer allgemeine mehr oder weniger abundante Schweiße, Schwere des Kopfes, Betrunkenheitsgefühl, Schläfrigkeit, — welche nach einer halben, einer, zwei Stunden, je nach der Dosis und der Resistenz des Pat. aufhörten — Delirium, bemerkenswerthe Veränderungen des Pulses und der Athmung wurden nie beobachtet. Die Harnfarbe wurde immer dunkelbraun. Die Beobachtungen betrafen Fälle von Ileotyphus, Pneumonia crouposa, Pleuritis, anämischen, malarischen Fiebern, von Erysipelas und Lungenschwindsucht. Die höchste beobachtete Temperaturerniedrigung war 4° C., die kleinste 0,5, die mittlere 2,5°. Die größte Zwischenzeit, nach welcher man die höchste Temperaturerniedrigung beobachtete, war sechs Stunden nach Darreichung von 3 g, die kleinste Zwischenzeit war eine Stunde; die größte Dauer der Wirkung konnte man nicht bestimmen, indem man bestehende Apyrexie oder wenigstens modificirte Temperatur einige Tage nach Darreichung des Heilmittels hindurch beobachtete. Die kleinste Dauer der Wirkung betrug 3 Stunden, die mittlere 7 Stunden.

Verf. ist der Meinung, dass Thymol als Antifebrile dem Natron-

salicylat vorzuziehen ist, indem jenes Präparat weniger Übelkeit, Erbrechen, Ohrensausen bedingt als dieses, und es scheint, dass Thymol nicht jene Wirkung aufs Herz und die Gefäße besitze, welche für viele Ärzte das Natronsalicylat in Krankheiten mit bedeutender Herzschwäche kontraindiciren.

Mya (Turin).

---

250. Wiener. Über Späterkrankungen im Wochenbett.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 11.)

In neuerer Zeit wurde durch J. Veit wiederum die Aufmerksamkeit auf puerperale Infektionen mit längerer Inkubationszeit gelenkt; es fragt sich, ob in derartigen Fällen eine primäre Infektion in der Geburt erfolgt mit langer Inkubationsdauer, oder ob hier sekundär im Verlauf des Wochenbettes ein Entzündung und Fieber erregendes Agens in die Genitalwunde gelangt. Veit ist geneigt, ersteres anzunehmen, weil sich stets Puerperalgeschwüre, vielfach Empfindlichkeit des Uterus und mehrfach Infiltrationen des Parametriums oder im Douglas'schen Raum nachweisen lassen, Processe, die ohne infektiöse Ursache schwer erklärlich seien, und weil nach der Geburt die Genitalien in den von Veit beobachteten Fällen niemals untersucht worden seien. W. hingegen hält die Späterkrankungen für puerperale Wundeiterungen, d. h. »nicht im strengen Sinne des Wortes septische Erkrankungen«. Aus dem Vorhandensein der puerperalen Geschwüre könne nur geschlossen werden, dass an die fast nach jeder Geburt im Genitaltrakt vorhandenen Wunden ein fremdartiger Stoff gelange, der ihre primäre Heilung verhindere und zu Eiterung und Zerfall der oberflächlichen Gewebsschichten führe. Dieser fremdartige Stoff sei, wie schon Spiegelberg annahm, in den meisten Fällen die Luft mit ihren Fäulniskeimen, nicht ein besonderer Infektionsstoff, wie Veit behauptet; jene Keime können sowohl in als auch nach der Geburt in die Genitalien eindringen. Dass trotz des häufigen Luftzutrittes nicht öfter Entzündungen auftreten, liege daran, dass gewöhnlich die Lochien freien Abfluss haben und andererseits die Genitalwunden rasch heilen. W. hält die Späterkrankungen also für bedingt durch wahrscheinlich erst nach der Geburt erfolgten Luftzutritt. Sicher sei letzteres anzunehmen bei den in Folge frühzeitiger Körperbewegungen am 4. und jenseits des 4. Tages auftretenden fieberhaften Erkrankungen, wobei wahrscheinlich frische Wunden entstehen und Lochialsekret resorbirt wird. Prognostisch zeichnen sich die Späterkrankungen, durch Gutartigkeit aus; in 2 Fällen jedoch (Veit) war der Ausgang letal. Zweifelhafte Prognose bieten die Fälle, wo der Uterus schlaff und desshalb ungenügende Konsolidirung der Placentarthromben zu vermuthen ist. Die Therapie ist eine örtliche: täglich mehrmals wiederholte intravaginale resp. intra-uterine Ausspülungen, oder, wie Veit räth, permanente Irrigationen. Gegen das Fieber sind innere Mittel nicht nöthig. Es empfiehlt sich aber das kalte Bad, welches, abgesehen von der Fieberwirkung, einen günstigen

Einfluss auf den Kontraktionszustand des Uterus ausübt. Bei auffallender Atonie giebt man Sekalepräparate. Prophylaktisch ist das Aufstehen der Wöchnerinnen vor Ende der ersten Woche zu verbieten. Bei atonischen Zuständen, wiederholten Blutungen etc. ist ein noch längeres Bettlager zu verordnen.

J. Wolff (Breslau).

---

251. **H. Schultz.** Über Psoriasis und deren Behandlung.

Kreuznach, **R. Schmithals,** 1882.

Der Verf., Arzt der Kuranstalt für Hautkranke in Kreuznach, legt in der kleinen Monographie seine Erfahrungen über oben genanntes Thema nieder, die sich hauptsächlich in den beiden Sätzen resumiren lassen: 1) Die Psoriasis ist eine vollständig heilbare Hautkrankheit, und 2) die Psoriasis gehört zu den Mykosen der Haut und hat ihren Sitz sehr oberflächlich in der Epidermis, in welcher die krankhaften Veränderungen als Verhornungsanomalien zu betrachten sind.

Sch. führt entschieden das Leiden auf den 1879 von Lang entdeckten Psoriasispilz zurück, hebt hervor, dass alle Mittel, die einigermaßen geholfen, antiparasitäre gewesen seien und dass das neueste Specificum gegen die Krankheit, Goapowder, in seiner Heimat gleichfalls als Antiparasiticum gebraucht werde. Den allerdings befremdenden Umstand, dass eine Mykose nicht ansteckend sei, erklärt Verf. damit, dass nicht alle Personen den günstigen Nährboden für Entwickelung des Psoriasispilzes besitzen; außerdem führt er einzelne seltene Fälle an, die eine Ansteckung als wahrscheinlich erscheinen lassen. Besonders dankenswerth ist aber die Arbeit durch die genaue praktische Angabe, wie Verf. die Krankheit mit Goa und dessen wirksamen Bestandtheilen, Chrysorabin, das durch Oxydation in Chrysophansäure übergeht, behandelt. Drei gut ausgeführte Farbentafeln zeigen das Verhalten der gesammten Haut, gesunder und erkrankter Stellen, vor, während und nach der Applikation des Mittels. Verf. hat durchaus wirkliche und dauernde Heilungen erzielt, und es empfiehlt sich, Jedem, der das Mittel gebrauchen will und noch keine eigne Erfahrungen darüber gesammlt hat, die kleine Broschüre zu studiren, und wäre es auch nur, um nicht zu erschrecken, wenn er die Wirkung des Mittels auf die gesunden Hautpartien sieht. Mit anderen Mitteln, selbst der sonst vielfach gerühmten Pyrogallussäure, hat Verf. nicht annähernd die Erfolge gehabt, wie mit den Goapräparaten. Die Dauer der Kur ist verschieden, doch sind schon in 3 Wochen definitive Heilungen erfolgt, während andere Fälle die dreifache Zeit verlangten. Das Mittel wendet Sch. in Salbenform an: Ungt. simpl. und Vaselin ana, dazu $^1/_8$—$^1/_4$ Zusatz von Goapulver. 26° R. warme Bäder mildern den durch die Salbe hervorgerufenen Juckreiz.

Nach der ersten Abschuppung (4—6 Tage nach Beginn der Ein-

salbung) wird die fernere Applikation der Salbe viel besser vertragen. Pilzelemente, die besonders bei frischen Stellen sehr deutlich zu erkennen, erscheinen nach Einreibungen nicht mehr wahrnehmbar.

v. Mosengeil (Bonn).

---

252. **Ebstein.** Über das Vorkommen von Magnesiumphosphat im Harn von Magenkranken.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. p. 203.)

Anschließend an einen früher beobachteten und auf seine Veranlassung 1870 von Stein veröffentlichten Fall (Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XVIII p. 207) eines Magenkranken, bei dem sich im Harn ein in Tafeln, dem Cholestearin ähnlich krystallisirendes Magnesiumphosphat fand, theilt E. hier einen zweiten ähnlichen Fall mit, bei dem die genannten Krystalle von Magnesiumphosphat im Harn nachgewiesen werden konnten, nur mit dem Unterschiede, dass im ersteren Falle die genannten Krystalle im frisch entleerten Harn, in dem letzteren dagegen erst nach längerem Stehen gefunden wurden. Der frisch gelassene Harn hatte in beiden Fällen alkalische Reaktion. Zur Unterscheidung der Magnesiumphosphat-, Kalciumphosphat- und der Magnesium-Ammoniumphosphatverbindungen empfiehlt E. das kohlensaure Ammonium in Lösung von 1 : 5 Wasser. Die Kalciumphosphatkrystalle verschwinden theilweise bei Behandlung mit diesem Reagens und werden in Körperchen verwandelt, die am Glas anhaften. Die Magnesiumphosphatkrystalle erhalten ein mattes, rauhes, zerfressenes Ansehen, die Magnesium-Ammoniumphosphatkrystalle werden gar nicht geändert.

Die morphologischen und die Winkelverhältnisse der Krystalle sind im Original nachzusehen. E. betont schließlich noch, dass das Vorkommen von Sedimenten aus Magnesiumphosphat im Harn von Magenkranken nicht häufig zu sein scheint, obgleich bei Magenkrankheiten, die mit reichlichem Erbrechen vergesellschaftet sind, oder bei denen durch Auspumpen des Mageninhaltes ein großer Theil der freien Säure dem intermediären Stoffwechsel entzogen wird, eine durch Überschuss von fixem Alkali bedingte alkalische Reaktion des Harns relativ häufig beobachtet wird.

Engesser (Freiburg i/B.).

---

253. **W. Ebstein.** Zur Lehre von den chronischen Katarrhen der Schleimhaut der Harnwege und Cystenbildung in derselben.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. p. 63.)

An die Mittheilung eines Falles von chronischem Katarrh der Harnwege mit Cystenbildung in der Schleimhaut derselben nimmt E. Veranlassung, seine Anschauungen über die Entstehung solcher Cysten in der Schleimhaut der Harnwege anzuknüpfen. Bei dieser Gelegenheit empfiehlt E. bei der oft so großen Schwierigkeit in der

nebst Kognak etwas Sirup zugesetzt. Außerdem machte K. von der lokalen Wärmeapplikation ausgiebigen Gebrauch.

Unter 9 auf diese Weise behandelten zumeist schweren Fällen von Diphtherie, welche sämmtlich die Vornahme der Tracheotomie zu erheischen schienen, konnte 2mal, und nach des Verf. Überzeugung Dank der eingeleiteten Therapie, diese Operation vermieden werden. Von diesen 9 Fällen starben 2; beide Todesfälle betrafen tracheotomirte Kinder, in beiden Fällen war Pneumonie nachweisbar. — Von 8 anderen während desselben Zeitraumes aufgenommenen nicht mit Sublimat behandelten Kranken starben 5, sämmtlich Tracheotomirte. K. schreibt dem Sublimat außer der antibakterischen Eigenschaft eine direkte Einwirkung auf die Membranen zu, welche darin bestehe, dass dieselben sich rasch ablösen, ohne dass lokale Recidive auftreten. Die günstigen Erfolge bestimmen den Verf. zur weiteren Prüfung dieser Behandlungsweise aufzufordern, weiter betont er, dass die Medikation so früh als möglich Platz greifen müsse und mit unverdrossener Ausdauer durchzuführen sei.

E. Schütz (Prag).

---

244. **Damsch.** Die Impfbarkeit der Tuberkulose als diagnostisches Hilfsmittel bei Urogenitalerkrankungen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. p. 78.)

Bei der oft unüberwindliche Schwierigkeiten darbietenden differentiellen Diagnose der unter dem Bilde chronischer Entzündungen mit Eiterung einhergehenden Erkrankungen der Harnwege, besonders mit Rücksichtnahme auf eine tuberkulöse Grundlage, unternahm Verf. auf Anregung Ebstein's, bei der anerkannten Thatsache der Impfbarkeit der Tuberkulose, diese Eigenthümlichkeit als diagnostisches Hilfsmittel auch bei den Erkrankungen des Urogenitalapparates zu verwerthen und auf seine Stichhaltigkeit zu prüfen. Zur Impfung wurde der Bodensatz des Urins genommen, der unter »antiseptischen Kautelen« aufgefangen und mit einer 0,6 %igen ClNa-Lösung verdünnt abgestellt worden war. Als Ort der Impfung diente die vordere Augenkammer resp. Glaskörper vom Kaninchen.

Die Impfungen zunächst, welche mit Material gemacht wurden, welches von Patienten stammte, bei denen die Diagnose einer tuberkulösen Erkrankung der Harnwege sicher stand — im Ganzen 7 Fälle mit 14 Impfungen — waren sämmtlich erfolgreich, bei 2 Impfungen trat gleichzeitig septische Infektion ein, welche zu Panophthalmitis führte, eine spätere Tuberkeleruption trat gleichwohl ein. Durch die mikroskopische Untersuchung der enukleirten Augen wurde die Tuberkeleruption noch außerdem bestätigt.

Erfolglos waren 5 Impfungen, welche mit dem Urin einzelner dieser Fälle angestellt wurden, zu Zeiten, wo derselbe fast klar, nicht sedimendirend abgesondert worden war.

Die als Gegenprobe angestellten Impfungen mit eiterhaltigem Urin von solchen Patienten deren Blasenleiden mit Sicherheit als

weichung und Verfettung des Gewebes mit schließlicher Differenzirung einer Wandung entwickeln — als sogenannte Erweichungscysten aufzufassen sind, und dass diese Cystenbildung mit dem Auftreten der fungösen Wucherung, der Knötchenbildung, in so fern in einem Kausalnexus stehen, als erstere in letzteren zur Entwicklung kommen, und somit als ein Vorstadium der Cystenbildung anzusehen sind.

Die Auffassung der Uretercysten als Retentionscysten, als welche Virchow und Litten bei ihren Beobachtungen solche ansehen, hat, wie E. zugiebt, da in erster Linie ihre Berechtigung, wo es gelingt, daneben in den Harnleitern, Drüsen- oder Schleimkrypten, Follikel in der Mucosa nachzuweisen.

Es erhellt aus dieser Betrachtung, dass der Entwicklung solcher Uretercysten in den einzelnen Fällen, ja bei den verschiedenen Cysten eines Ureters ein verschiedener Entstehungsmodus zu Grunde liegen kann.

In ätiologischer Beziehung ergab die Untersuchung keine Aufschlüsse. Wiewohl der Process keineswegs als ein tuberkulöser anzusehen war, so glaubt E. doch einen gewissen Einfluss des tuberkulösen Virus auf solche, wenn auch weniger typische und charakteristische Veränderungen als möglich annehmen zu dürfen.

Hindenlang (Freiburg i/B.).

---

254. **D. Graziadei.** Sopra una larva di Dittero trovata nell' intestino umano. Über eine im menschlichen Darme gefundene Dypteruslarve.

(Giornale della R. accademia die medicina di Torino 1882. Fasc. 4°. April.)

In frisch entleerten Fäces zweier Gotthardanämischer fand Verf. achtzehn Larven, deren Länge zwischen 5‴ und 8‴ schwankte und deren Dicke 1‴ erreichte. Die von Zoologen beobachteten Larven wurden als Dypteri betrachtet, ohne dass man mit Genauigkeit die Familie und Species erkennen könne, indem diese Erkennung die weitere Entwickelung der Larven voraussetzt; die Larven wurden immer todt entleert.

Die Litteratur besitzt mehrere Fälle von Parasitismus, bei welchem die in verschiedenen Stellen des menschlichen Körpers sich befindenden Parasiten Larven von Dypteri waren. Sie wurden im Darmrohre, im oberen Rachenraume, im Frontalsinus und besonders auf der Körperoberfläche beobachtet, wo sie mehr oder weniger schwere Veränderungen bewirkten.

Bei den zwei vorgenannten Kranken kann man nicht genau bestimmen, welche Bedeutung der Anwesenheit der Larven im Darme zukomme. Indessen müssen sie keine besondere schadhafte Wirkung ausgeübt haben, da bei jenen Kranken Nichts, außer dem gewöhnlichen Symptomenkomplex der Gotthardanämie, beobachtet wurde.

Mya (Turin).

---

255. Bozzolo. Quebracho. Un recente acquisto nella terapia della dispnea. Eine neue Eroberung bei Therapie der Dyspnoe.

(Gazzetta degli ospitali 1882. No. 21—23.)

Aus dem nach den von Pentzoldt vorgeschlagenen Formeln gebrauchten Quebracho erhielt Verf. sehr gute Resultate bei vielen dyspnoischen Formen: z. B. beim essentiellen und bronchialen Asthma, Bronchitis chronica, Emphysema, Arteriosclerosis mit Aortaerweiterung und bei Dyspnoea uraemica: sogar bei einem Falle von voluminösem Struma wirkte Quebracho sehr günstig; auch bei Dyspnoen von nervösem Ursprung, welche häufig bei Hysterischen vorkommen, und bei nervösen Störungen der Athmungsmechanik, welche mit Dyspnoea Nichts zu thun hatten. Verf. berichtet über den Fall eines Fräuleins, welches von sehr heftigen Hustenanfällen gequält war, ohne dass sie irgend eine Störung der respiratorischen Wege darbot. Die Hustenanfälle wurden nur vom subkutanen Gebrauch von Morphium und Atropin und von Chloroforminhalationen gemildert. Bei diesem Falle bewirkte die Anwendung des Quebrachos den fast während einiger Stunden vollständigen Stillstand der Anfälle und Verminderung ihrer Heftigkeit während einiger Tage. Verf. meint, dass die gute Wirkung der brasilianischen Drogue einem besonderen Einfluss zuzuschreiben sei, welchen sie auf das respiratorische Centrum ausübt, indem die Meinung Pentzoldt's, dass die antiasthmatische Wirkung des Quebrachos aus von ihm bedingter Vermehrung der Oxydationsprocesse im Blute herkomme, nicht hinreichend ist, die Resultate bei Dyspnoe und Hustenanfällen der Hysterischen zu erklären.

Verf. räth das Heilmittel während langer Zeit nicht vorzuschreiben: wohl aber seinen Gebrauch von Zeit zu Zeit zu unterbrechen, indem er beobachtete, dass immer nach einer mehr oder weniger langen Benutzung Eingewöhnung an das Mittel sich einstellte. Diese Eingewöhnung bringt keinen bedeutsamen Nachtheil mit sich, im Gegentheil ist sie manchmal erfolgreich: z. B. bei Personen mit schwerer Verdauung erleichtert die fortgesetzte Benutzung des Quebrachos die Verdauung und erregt den Appetit. **Graziadei** (Turin).

Kasuistik.

256. Chvostek. Ein Fall von Ulcus ventriculi rot. chron. bei einem Knaben.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. III. Hft. 7 u. 8.)

Die große Rarität der chronischen Magengeschwüre bei Kindern veranlasst Verf. zur Veröffentlichung des folgenden Falles:

Es wird ein heruntergekommener, in seiner Entwicklung bedeutend zurückgebliebener 18jähriger Knabe aufgenommen und $3^1/_2$ Monat bis zu seinem Tode be-

obachtet. In dieser Zeit konstatirt man exquisit kardialgische Anfälle; der erste dieser Anfälle erfolgt etwa 14 Tage nach der Aufnahme. 6 Wochen nach der Aufnahme erfolgt zum ersten Male Übligkeit und Erbrechen einer wässrigen, sauer reagirenden, etwas Schleim- und Speisereste enthaltenden Flüssigkeit. Das Erbrechen wiederholt sich ziemlich selten, 7mal ist es im Ganzen ausdrücklich notirt. Im letzten Monat soll es aber öfter mit den Kardialgien, welche sehr häufig aber unregelmäßig auftreten, bestanden haben. Während der Anfälle war eine Druckempfindlichkeit des Epigastrium zu konstatiren, außerhalb derselben nur selten und unbedeutend. Unter diesen Erscheinungen und schnell fortschreitendem Verfall stirbt der Pat. Blutbrechen, charakteristische Stühle wurden niemals beobachtet. Die Sektion zeigt 2 chronische Magengeschwüre, eins an der Kardia, eins am Pylorus gelegen, letzteres stark stenosirt, der Magen dilatirt. Anamnestisch war in Erfahrung gebracht worden, dass Pat. bis zum 4. Jahre vollständig gesund war, dann in Folge einer intensiven Erkältung mit Cardialgien erkrankte, welche dann unregelmäßig, manchmal mit anfallsfreien Pausen bis zu einem Jahre, sich bis zum 18. Jahre, in welchem er aufgenommen wurde, zeigten. Während dieser ganzen Zeit litt Pat. an großer Stuhlträgheit; von Erbrechen ist gar nicht die Rede.

Verf. glaubt auf Grund dieser Thatsachen die Entstehung der Ulc. ventr. auf das 4. Lebensjahr zurückdatiren zu müssen. **Kohts** (Straßburg i/E.).

257. **Jomini.** Note sur un cas de hernie rétropéritonéale. Über einen Fall von Retroperitonealhernie.

(Rev. méd. de la suisse rom. 1882. No. 6.)

Der Fall betrifft eine Frau von 65 Jahren, die sterbend ins Hospital aufgenommen wurde. Ob die bei der Autopsie gefundene Retroperitonealhernie während des Lebens Symptome hervorgerufen hatte, war nicht zu eruiren, ist aber, wie J. glaubt, nach dem Leichenbefunde nicht wahrscheinlich. Die anatomische Diagnose bei der Sektion lautete: Aorteninsufficienz. Thrombus im Herzen. Hämorrhagischer Infarkt in der linken Lunge. Chronischer Bronchialkatarrh. Lungenemphysem. Carcinom des Magens mit peritonealen Metastasen. Hernia retroperitonealis intersigmoidea. Letztere hatte die Gestalt eines gut mannskopfgroßen Sackes, dessen äußere, ausgebuchtete Oberfläche durch das von verdickten Gefäßen durchzogene Peritoneum gebildet wird. Derselbe liegt, vom Netz bedeckt, links in der Höhe des S. iliacum und enthält den ganzen Dünndarm mit Ausnahme des oberen Drittels des Duodenums und der letzten Centimeter des Ileums. Der Eingang liegt links von der Wirbelsäule in der Höhe der letzten Lendenwirbel, und bildet eine ovale, von abgerundeten, verdickten, fibrösen Rändern umgebene Öffnung, deren größter Durchmesser 8 cm beträgt. Die glatte innere Oberfläche des Sackes wird von einer Fortsetzung des Peritoneums überkleidet. Die Lage des Sackes entspricht der bekannten Vertiefung im Peritoneum, die sich normaliter zwischen den beiden Blättern das Mesenterium des S. iliacum findet. Beim Aufheben desselben glitten die Dünndarmschlingen leicht heraus. Spuren entzündlicher Verwachsung oder Narbenbildung fanden sich nicht.

Verf. stellt eine Reihe der in der Litteratur beschriebenen Fälle von Hernia retroperitonealis zusammen, erwähnt die von Treitz und Waldeyer aufgestellten drei Hauptentstehungsorte dieser Hernien: die Fossa duodeno-jejunalis, die Fossa intersigmoidea und die Fossa subcoecalis. Die Entwicklung der Hernien denkt er sich folgendermaßen. »Wenn einige Centimeter Darm sich in diese Vertiefungen des Peritoneum gelagert haben, und in denselben Fäkalmassen längere Zeit sich aufhalten, so wird durch das Gewicht der letzteren und durch die peristaltischen Bewegungen die ganze entsprechende Darmschlinge allmählich nachgezogen; dieselbe dehnt die Tasche aus, ohne das Orificium, dessen Ränder rigide und durch die sie umgebenden Blutgefäße verdickt sind, sehr zu erweitern. Die so gebildete Hernie strebt sich fort und fort zu vergrößern, und zwar um so leichter, als das benachbarte, retroperitoneale Bindegewebe sehr nachgiebig und lax ist.«

Die Retroperitonealhernien können, gerade wie die äußeren Hernien, zu Entzündung, Einschnürung etc. Veranlassung geben; sie thun dies nach J. um so

weniger, je älter und größer sie sind. Intra vitam sind sie bisher noch nicht diagnosticirt, doch hält J. dies für möglich und in manchen Fällen für wichtig.

Brockhaus (Godesberg).

258. **Kraios.** Zur Kasuistik des akuten Kehlkopfödems.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 22.)

Einige Fälle von rapid verlaufendem Kehlkopfödem benutzt Verf. zum Hinweis auf die Gefahr der phlegmonösen Entzündungen, die sich inner- oder unterhalb der Halsfascien etabliren, da durch deren straffe Verbindung die ödematöse Schwellung sich nicht gegen die äußere Haut ausbreiten kann, sondern immer mehr gegen die tieferen Halseingeweide vordringen muss.

Bei dem 1. Fall handelte es sich um Perichondritis der rechten Schildknorpelplatte, subfasciale eitrige Zellgewebsentzündung in der rechten seitlichen Halsgegend, Ödem der Epiglottis und der epiglottischen Falten.

Es war kurz nach der Aufnahme ins Spital die Tracheotomie gemacht worden, aber mit dem Einführen der Kanüle war schon Stillstand der Herzaktion eingetreten.

Der 2. Fall kam mit hochgradigen Schlingbeschwerden und Athemnoth behaftet ins Spital. Die Uvula und Gaumenbogen waren sulzig ödematös, die Epiglottis ließ sich als halbkuglig geformte pralle Geschwulst palpiren. Wegen Zunahme der laryngostenotischen Erscheinungen musste tracheotomirt werden. Das Schlingen war noch 2 Tage lang sehr erschwert, erst als sich aus der Mundhöhle eine mit Blut gemengte Eitermasse entleerte, trat völlige Euphorie ein. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich als Durchbruchsstelle des Eiters ein klaffender Einriss an dem linken freien Rande der Epiglottis. Etwa 3 Wochen nach der Operation war Pat. bis auf eine kleine Trachealfistel geheilt.

Gerade an diesen Fall schließt Verf. die Mahnung, bei solchen Fällen nicht bis zur drohenden Asphyxie zu warten, sondern so früh als möglich zu tracheotomiren.

Ein weiterer Fall wurde nicht während des Lebens beobachtet, sondern kam erst auf dem Sektionstische zur Untersuchung.

Ein Husar wurde morgens todt im Bett gefunden, nachdem er noch Tags zuvor seinen strengen Dienst versehen und nur über Halsschmerzen geklagt hatte. Die Sektion ergab einen großen linksseitigen Tonsillenabscess mit konsekutivem Ödem der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten.

Auffallend war bei diesem Falle, dass der Kranke mit einem solchen Leiden noch Dienst machen konnte.

Seifert (Würzburg).

Anzeigen.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.
Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 19. **Sonnabend, den 19. August.** **1882.**

259. G. K. **Matterstock.** Beiträge zur Lehre von der Perkussion des Herzens.

(Festschrift zur Feier des 300jährigen Bestehens der Universität Würzburg.)
Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1882.

Giebt eine Reihe von Beobachtungen über die Perkussion des gesunden Herzens in gesundem Körper.

Verf. untersuchte 4000 meist gesunde Männer, und zwar meist reisende Handwerksburschen, die zwischen dem 15. und 35. Lebensjahre standen. Ganz in erster Linie gilt es von der Grenzbestimmung des Herzens, dass darüber kein definitiv abgeschlossenes Kapitel existirt. Die erhaltenen Bilder basiren, rücksichtlich der Perkussionsmethode auf der Form der Herzdämpfung im Sinne Skoda's, Bamberger's und Gerhardt's, d. i. der Dämpfungsfigur, die durch den Verlauf der vorderen Lungenränder bedingt ist.

I. Zur Form der Herzdämpfung.

In erster Linie ist von Wichtigkeit, »weil die Grundlinie für den weiteren Aufbau der Dämpfungsfigur«, der untere Rand der rechten

stenz und Adhärenz der Wucherungen. In zweifelhaften Fällen entscheidet das Mikroskop.

In dem 6., die Therapie behandelnden Kapitel legt T. den Hauptwerth auf sorgfältige Prophylaxis, Reinlichkeit, gute Nahrung etc. Besonders für Kinderhospitäler empfiehlt er strenge Isolirung der Soorkranken von den Gesunden und gute Ventilation zur Fortführung der in der Luft suspendirten Soorkeime. Lokal wendet er nur Lösungen von Borax und benzoesaurem Natron (3—5 auf 30) zu Waschungen und Pinselungen an, und hat namentlich mit letzterem Mittel sehr gute Resultate erzielt. Beide haben neben ihrer pilztödtenden Eigenschaft noch den Vortheil, dass sie die übermäßige Säure der Mundflüssigkeiten neutralisiren. Gegen die begleitende katarrhalische Stomatitis empfiehlt er als Specificum chlorsaures Kali. Er verwirft alle stärkeren Mittel, wie Sublimat und Höllensteinlösung etc. Bei Soor der Luftwege empfiehlt er Inhalationen von Natr. benz. in Lösung, event. Brechmittel. Bei Soor des Ösophagus gleichfalls Brechmittel, am besten Apomorphininjektionen, oder Durchführen eines mit Natr. benz.-Lösung getränkten und an einem Fischbeinstab befestigten Schwämmchens. Soorwucherungen im Magen und Dickdarm sind, weil intra vitam nicht zu diagnosticiren, therapeutisch nicht angreifbar.

Brockhaus (Godesberg).

---

247. **Raggi.** Aberrazione del sentimento sessuale in un maniaco ginecomasta. Verirrung des Geschlechtsgefühls bei einem Maniacus mit weiblicher Bildung der Brustdrüsen.

(Annali univ. di med. e chir. 1882. No. 4.)

Der Fall betrifft einen Mann von 25 Jahren, der, an Manie leidend, in die Irrenanstalt von Bologna aufgenommen wurde. Anamnestische Daten konnten nicht erhoben werden. Die Untersuchung des Kranken ergab gut proportionirten Körperbau, normale Entwicklung der Genitalien, dolichocephalen Schädel, stark entwickelte Mammae, besonders linkerseits. Die körperlichen Funktionen waren normal. Der psychopathische Zustand charakterisirte sich durch Störungen der Intelligenz und des Gemüths: Ideenflucht, fixe Delirien, aufgeregtes Wesen etc. Der Kranke glaubt sich in eine Frau verwandelt, fürchtet Nachstellungen seitens seiner männlichen Umgebung und ist zu Thätlichkeiten gegen dieselbe geneigt. Nach Verlauf mehrerer Monate wird er ruhiger, die fixe Idee bezüglich seines Geschlechts besteht fort. Auf das Widersinnige derselben aufmerksam gemacht, zeigt er zum Beweise der Richtigkeit die Brustdrüsen und entleert durch Druck auf die linke einen feinen Strahl einer milchähnlichen Flüssigkeit. Diese Absonderung wurde allmählich geringer und hörte schließlich ganz auf; gleichzeitig besserte sich der geistige Zustand immer mehr und konnte er nicht lange nachher als geheilt entlassen werden.

des 6. Interkostalraumes. Danach ist dann überhaupt die Stelle des Herzchoks für die Bestimmung des Längendurchmessers des Herzens gänzlich werthlos. Nur mag das bestehen bleiben, dass in Fällen von sehr hochgradiger Hypertrophie des Herzens mit starker Pulsation in mehreren Interkostalräumen, die am weitesten nach außen gefühlte Pulsation annähernden Aufschluss über die Größe des Herzens geben kann.

Die obere Herzgrenze findet M. in 70% der Fälle nahe, oder am oberen Rande des 5. Rippenknorpels.

Die linke Herzgrenze ist die am wenigsten konstante. Die Entwickelung der Lunge ist individuell sehr verschieden, und die Füllung des Magens mit Luft ist von schallstörender Wirkung. Die Grenze wechselt in einer Breitendifferenz von 2 cm und darüber ihre Lage, oft innerhalb weniger Stunden.

Hohe Bedeutung hat die Feststellung der rechten Herzgrenze für die Beurtheilung der Größe des rechten Herzens. Bestimmend für die Lage dieser Linie ist einmal die Stelle, an welcher der rechte Lungenrand liegt, resp. wo die Pleura sich in das betreffende Mediastinum umschlägt. Aber nach M.'s Erfahrungen auch besonders durch den unteren Rand der Lunge.

Hierbei kommen zwei Lagen dieses Randes in Betracht: Entweder schneidet dieser nach vorn aufwärts steigend den rechten Sternalrand oder den Rand und Körper des Processus xiphoideus, dann findet auch M. in 80% der Fälle den rechten Herzrand am linken Sternalrand verlaufend. oder aber, die untere rechte Lungengrenze trifft an ihrem höchsten medialen Punkte den Rippenbogen und zwar unterhalb der Basis des Schwertfortsatzes, oder selbst unterhalb der Spitze desselben.

Dieses Verhalten kann durch 2 Faktoren bedingt werden, 1) durch einen wenig entwickelten Processus xiphoideus, oder 2) durch ein sehr kurzes Sternum.

Über diese beiden Momente hat nun M. massenhafte Messungen angestellt, die ergeben, »die Lungenlänge geht mit der Körperlänge annähernd proportional, während das Sternum keineswegs gleichen Schritt hält«. Dabei stellt »Lungenlänge« die Entfernung des unteren Randes der Clavicula vom unteren Lungenrande dar. Nun kann das Sternum so kurz sein, dass die untere Lungengrenze nicht bis zu ihm hinkommt, sondern mehrere (bis 5) cm unterhalb der Spitze des Processus xiphoideus verläuft. Bei dieser Anordnung verläuft nun die rechte Herzgrenze so, dass sie in ihrer unteren Hälfte den linken Sternalrand verlässt, nach rechts geht, »und entweder in schrägem Verlaufe den untersten Abschnitt des Sternums, oder, was häufiger ist, in horizontalem Verlauf die Insertionsstelle des Processus ensiformis schneidet, und mit dem Rippenbogen der rechten Seite, sich immer mehr nach rechts verlierend, zur vorhin gefundenen unteren Lungengrenze hinabsteigt«. Mit anderen Worten: »es ist bei dieser Form des Sternums eine rechtsseitige Dämpfung oft von

taplasmen, streue feingepulverte Chinarinde auf, oder wasche die Wunde mit

Decoct. cort. Chin. 500,0
Acid. carbol. 5,0
Aq. destill. 500,0.

Bei übelriechender Absonderung kann man eine Präcipitatsalbe, bei schmierigem Belag und schlaffer Granulationsbildung den Lapisstift oder eine 5%ige Lapislösung appliciren; bei letzteren eventuell mit ClN-Lösung abspülen. Bei Hypersekretion und verdächtigem Belage empfiehlt sich der gebrannte Gips 1stündlich aufgestreut und bei jeder neuen Puderung die trockene Kruste entfernt oder eine Lösung von Kampher in Phenol, z. B.

Kamphor. trit. 25,0
Acid. carbol. 10,0.

Natürlich ist auch die Allgemeinbehandlung nicht außer Acht zu lassen. **Kehts** (Straßburg).

---

239. **Beissel.** Balneologische Studien mit Bezug auf die Aachener und Burtscheider Thermalquellen.

Aachen 1882.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung von Aachen und Burtscheid erörtert Verf. die geologischen Verhältnisse beider Städte, die chemische Zusammensetzung ihrer Quellen mit Angabe einer genauen Analyse der Aachener Kaiserquelle und des Burtscheider Viktoriabrunnens, den Unterschied der Thermen beider Orte, die Art ihrer Benutzung etc. Sodann bespricht er die verschiedenen Badeformen und ihre Einwirkung auf den menschlichen Organismus, speciell auf das Nervensystem, die Respiration, Cirkulation, Hautthätigkeit und den Stoffwechsel. Bezüglich der Vollbäder kommt er auf Grund eigener Untersuchungen, über welche eine Tabelle beigegeben ist, zu dem Ergebnis, dass nach denselben die Menge des in 24 Stunden ausgeschiedenen Harnes abnimmt, sein Procentgehalt an Harnstoff, Harnsäure und Schwefelsäure dagegen zunimmt. Danach überwog die quantitative Verminderung der Harnmenge, so dass die an den Badetagen ausgeschiedene absolute Menge der genannten Harnbestandtheile geringer war, als an den Normaltagen. Diese Verminderung wurde durch eine vermehrte Ausscheidung in den nächsten Tagen ausgeglichen. B. ist der Ansicht, dass durch die Vollbäder der Stoffwechsel angeregt, die Harnstoff- und Harnsäurebildung im Körper vermehrt wird. Die verminderte Ausscheidung an den Badetagen erklärt sich durch die geringe Harnmenge, und der Umstand, dass der menschliche Harn nur einen bestimmten Procentgehalt von Harnstoff etc. zu lösen vermag. Die günstige Wirkung der Duschen auf die Lösung und die Resorption von Exsudaten erklärt Verf. auf mechanische Weise. »Die Gefäße der Haut, welche über dem erkrankten Theil liegen und direkt von dem Strahl

der Magen der Schallherrscher war, ergab sich dadurch, dass durch Veränderung der Magenspannung und Füllung durch Einführen der Schlundsonde, der Metallklang am Herzen verschwand, um dem dumpfen Schall Platz zu machen. Diese Markirung der Herzdämpfung gehört bei Gesunden nicht zu den Seltenheiten. Das Verhalten der Blätter des Herzbeutels ist für diese Erscheinung ohne Bedeutung.

Die Pneumoperikardie wird sich unterscheiden lassen dadurch, dass in oben beschriebenen Fällen des fortgeleiteten Schalles ein solcher Wechsel der Erscheinungen möglich ist.

Auch im Pneumothorax kann an Stelle der Dämpfung der sonore Schall treten.

Einen besonderen Fall theilt M. noch mit, wo es durch Abgrenzung des Metallklanges bei Auskultation und gleichzeitiger Stäbchenplessimeterperkussion gelang, die Lungengrenzen zu bestimmen.

Finkler (Bonn).

---

260. **H. Hertel.** Über einzelne Erscheinungen im klinischen Bilde der Arteriosklerose.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde p. 1.)
Kassel, **Th. Kay**, 1882.

Verf. stellt den Gang seiner Besprechung nach der Überlegung fest: »Die Wirkung des — pathologisch-anatomisch als bekannt vorausgesetzten — Processes oder vielmehr Zustandes der Sklerose des Aortensystems ist, weil er die Elasticität der Arterienwandungen vermindert, oder gänzlich aufhören macht, eine Vermehrung der Widerstände für die Fortbewegung des Blutes, eine Verlangsamung des Blutstromes. Hieraus resultiren Störungen im Stromgebiete der Venen, ferner in dem anatomischen Bestande und den Funktionen des Herzmuskels. Hieran schließen sich unmittelbar krankhafte Erscheinungen im Respirationsapparat, und in den sekretorischen Systemen, vorwiegend in dem harnabsondernden Apparate.«

Die Arteriosklerose kommt bei jüngeren Individuen vor, betrifft dann meistens Männer und kann dann als *erworbene* Krankheit angesehen werden; Ursache ist hier die unzweckmäßige Lebensweise, unzeitige und unsinnige Nahrungsaufnahme, übermäßiger Genuss von Alkohol und Tabak.

Anhäufung von Fettmassen in der Bauchhöhle und Überfüllung des Darmes wirken in demselben Sinne zur Erhöhung der Widerstände im Gefäßsystem.

Diese Behinderung der Blutbewegung macht sich zunächst geltend am Herzen und führt zur Hypertrophie der Muskulatur des linken Ventrikels. Es wird zunächst hierdurch eine Kompensation geschaffen, bis nach längerem Bestehen der Hypertrophie die fettige Degeration und dadurch mögliche Dilatation zu energischeren Störungen führt. H. führt aus, dass die erhöhte Anforderung an die Arbeitsleistung

240. Cérenville. Observations cliniques sur l'emploi des injections hypodermiques de Strychnine dans le traitement de quelques affections du système nerveux. Klinische Beobachtungen über die Anwendung subkutaner Strychnineinspritzungen bei der Behandlung einiger Affektionen des Nervensystems.

(Revue méd. de la suisse rom. 1882. No. 6 u. 7.)

Verf. erwähnt zunächst die Ansichten einer Reihe von hervorragenden Neurologen über die Wirksamkeit des Strychnins in Nervenkrankheiten, welche im Allgemeinen wenig günstig für das Mittel sind. Nach C. mit Unrecht. Er hält das Strychnin für ein mächtiges Heilmittel in einer ganzen Reihe chronischer nervöser Affektionen. Bei akuten Erkrankungen ist es meist seiner irritirenden Eigenschaften wegen kontraindicirt. C. unterscheidet 4 Gruppen von Erkrankungen des Nervensystems, in denen er das Strychnin mit Erfolg angewandt hat.

Die 1. Gruppe umfasst die »umschriebenen oder allgemeinen Muskelatrophien meist als Folgen abgelaufener oder chronisch gewordener Neuritiden«. Es sind im Ganzen 15 näher beschriebene Beobachtungen, deren Details im Original nachzusehen sind. Gewöhnlich wurde neben den Strychnininjektionen Elektricität, Hydrotherapie etc. angewandt; dass aber bei den meist günstigen Erfolgen erstere die Hauptrolle spielten, beweisen Fall 1, 7 und 13, in denen nach wirkungsloser Anwendung der übrigen Heilmittel die Strychnininjektionen Besserung resp. Heilung herbeiführten. Bezüglich der Kontraindikationen zu ihrer Anwendung stellt C. folgende Sätze auf:

1) Seitens der sensibeln Nerven ist stets der Grad ihrer spontanen oder durch Druck hervorgerufenen Schmerzhaftigkeit zu beachten. Tritt im Verlauf der Strychninbehandlung einer allgemeinen oder cirkumskripten Muskelatrophie eine auf einen Nerv, z. B. den Ischiadicus beschränkte Neuralgie auf, so kann man die Strychninbehandlung noch einige Tage vorsichtig fortsetzen, muss aber damit aufhören, wenn die Schmerzhaftigkeit andauert oder stärker wird. Tritt eine schmerzhafte Reizung im Gebiete mehrerer Nerven gleichzeitig ein, so ist das Strychnin sofort auszusetzen. Das Mittel kann aber wieder angewandt werden, sobald durch Morphium, Bäder etc. die Neuralgie geschwunden ist.

2) Zu beachten ist der Zustand der trophischen Nerven. Zeigen sich Deformationen der Gelenke und ihrer Umgebung, meist bestehend in Verdickung des periartikulären Bindegewebes und besonders beobachtet an den Metakarpophalangealgelenken, so wie an den Gelenken des Tarsus, der Hüfte und der Schulter, welche bei Ausschluss anderweitiger Ursachen z. B. des Rheumatismus, auf trophische Störungen zurückzuführen sind, so wird das Strychnin schlecht ertragen und muss eventuell ausgesetzt werden. Gleiches gilt von dem

schenkels am lautesten am zweiten rechten Rippenknorpel hörbar, gegenüber demjenigen bei reiner Aorteninsufficienz, welches bekanntlich allermeist auf dem Sternum in der Höhe des 3. und 4. Rippenpaares die stärkste Intensität besitzt«.

Ein am Cirkulationsapparat »nie fehlendes Phänomen ist die unregelmäßige Herzthätigkeit in Bezug sowohl auf den Rhythmus als auch auf die Kraft der einzelnen Herzkontraktionen« (Delirium cordis). Häufig erhält das Bild der Arteriosklerose noch eine Komplikation durch die Ausbildung der Nierenschrumpfung, die aber manche Differenzen zeigt, gegenüber der entzündlichen Nierenatrophie und durch Lungenemphysem und chronische Bronchitis.

Therapeutisch ist auf Regulirung der Lebensweise Hauptaugenmerk zu richten. Fettbildende Nahrung muss zurücktreten, aber vor zu einseitigem Regime wird gewarnt. Genuss der Alkoholica, besonders des Bieres, ist sehr einzuschränken; eben so verbietet H. das Rauchen absolut.

Medikamentös wird besonders gerühmt Digitalis und nach Traube in Verbindung mit Kalomel, āā 0,05 pro dosi 2stündlich. In der Regel genügt der Verbrauch von 2, $2^1/_2$ bis 3 g der Digitalis. Gegen ab und zu auftretende Anfälle von Dyspnoe erweisen sich am wirksamsten Morphiuminjektionen.

Zur Verbesserung der Diurese wird am zweckmäßigsten gewirkt auf das Herz durch Verabreichung von Digitalis 0,05 mit Chinin 0,03 pro dosi, 3—4mal täglich. Als Diureticum wird empfohlen Saturation mit Acetum Scillae. Die heruntergekommenen Ernährungsverhältnisse zu heben mit Tinct. ferri chlor. aeth., mit Tinct. Valerian. und Tinct. Castorei. Als nachhaltigstes Herzstimulans ist Moschus 0,1—0,2, 3—4mal täglich, dringend empfohlen.

Zur Bekämpfung der Bronchialkatarrhe eignet sich Dec. Senegae 10,0 : 180,0 mit Kali acetic. 5,0—8,0, 2stündlich 1 Esslöffel.

Finkler (Bonn).

---

261. **H. Hertel.** Bemerkungen zur Febris recurrens.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde p. 95.)

Kassel, **Th. Kay,** 1882.

H. hat von Ende September 1879 bis Mitte März 1880 65 Fälle von Rekurrens behandelt. Darunter nur 2 Frauen.

»Zwei der Erkrankten starben; der eine nach dem zweiten, der andere nach dem dritten Krankheitsanfalle; beide ziemlich plötzlich unter den Erscheinungen der Erschöpfung der Herzthätigkeit.«

Als Komplikationen wurden gesehen: 3 Fälle von erheblichem Ikterus, 6 Fälle von heftiger Epistaxis, 2 Fälle von Hämoptoe, 1 Fall von Iritis. »Bei fast allen Kranken bestand mehr oder weniger ausgebreitete Bronchitis und sehr heftige Muskelschmerzen auch während der freien Zeiten und während der Rekonvalescenz.«

Während Verf. mit den Schilderungen der Krankheit in den

geltend in den Fällen von verschleppter Rekonvalescenz nach Typhus und Diphtheritis, wie auch in den nach diesen Krankheiten zurückbleibenden Lähmungen und Atrophien.

Die Dosis, in der C. das Strychnin anwandte, schwankte zwischen 0,001 und 0,006 pro Injektion, die Zahl der letzteren zwischen 14 und 315. Die subkutane Anwendung ist der innern entschieden vorzuziehen wegen der Möglichkeit der genaueren Dosirung, der rascheren Resorption und Elimination und der Vermeidung der bei Darreichung per os von Einigen beobachteten kumulirenden Wirkung des Mittels. Wirkliche Intoxikationserscheinungen sah C. nie. Die Intoleranz gegen das Mittel zeigte sich in einem Falle in hartnäckigem Kopfschmerz, in einem anderen in bald vorübergehendem Trismus, zuweilen in Tenesmus der Blase. Nie beobachtete C. das als Initialsymptom der Strychninintoxikation bezeichnete Jucken auf dem behaarten Theil des Kopfes. Der Injektionsort ist bei lokalisirten Erkrankungen in der Nähe der atrophischen Muskeln; sind zahlreiche Injektionen nöthig, so ist mit dem Ort zu wechseln.

Auf Grund seiner Erfahrungen redet C. weiteren Versuchen mit der Strychninbehandlung warm das Wort.

Brockhaus (Godesberg).

---

241. **Martin Cohn** (Berlin). Die Wirkungen des Resorcin und seine Anwendung in der Kinderpraxis.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Hft. 7 u. 8.)

Nachdem 1878 Andeer zuerst das Resorcin als neues Antisepticum empfohlen und in den folgenden Jahren weitere Indikationen für die Anwendung desselben, besonders auch bei abnormen Gährungsvorgängen und mykotischen Processen innerer Organe gegeben hatte, ist dasselbe von verschiedenen Beobachtern eingehenden Untersuchungen unterzogen worden. Die antiseptischen Eigenschaften wurden im Allgemeinen bestätigt, wenn auch nicht vollständig anerkannt; so wird von Guttmann eindringlich vor der Anwendung bei Blasenkatarrhen gewarnt, eben so von Leyden und Goltdammer, welche gar keine Erfolge damit hatten. Die Untersuchungen von Brieger, Lichtheim und Jaenike zeigten, mit wie vielen Übelständen die Anwendung des Resorcin als Antipyreticum verbunden sei, nur bei der Intermittens mussten die beiden letzten Autoren gewisse Erfolge zugeben. Größere Anerkennung fand das Präparat bei der Behandlung der kindlichen Brechdurchfälle, und die Beobachtungen von Totenhoefer und besonders von Soltmann berechtigen in der That zu großen Hoffnungen. Verf. theilt seine Untersuchungen über das Resorcin in einen experimentellen und in einen klinischen Theil; in letzterem werden die Wirkungen desselben in einer Reihe von Krankheitsfällen bei Kindern erprobt.

Die Thierexperimente, auf welche nur ganz kurz eingegangen werden kann, ergaben:

Theil der Kopfhaut eine große Menge nicht genabelter Pusteln auftraten. Im Verlauf einiger Tage trocknen die Pusteln im Gesicht und auf der Stirn ein, während die auf der Kopfschwarte befindlichen genabelt werden, um nach kurzer Zeit ebenfalls einzutrocknen.

Der Fall ist nach G. bemerkenswerth 1) durch das späte Eintreten der sekundären Eruption, 2) dadurch, dass die sekundären Pusteln weder in der Nachbarschaft der Impfstiche noch, wenigstens die zuerst auftretenden, in der Nähe des impetiginösen Ausschlags sich bildeten, während dies sonst bei der sekundären Eruption von Vaccinepusteln das Gewöhnliche ist. **Brockhaus** (Godesberg).

---

263. **Martin.** Étude sur les métastases suppuratives d'origine blennorrhagique. Studie über die eitrigen Metastasen blennorrhoischen Ursprungs.

(Revue méd. de la suisse rom. Hft. 6 u. 7.)

Verf. beschränkt seine Untersuchungen auf die entzündlichen Affektionen, welche in direktem Kausalzusammenhang mit einem akuten Tripper stehen, und lässt alle diejenigen, die sich nur indirekt auf eine gonorrhoische Erkrankung beziehen lassen, z. B. Cystitis, Pyelonephritis etc. als Folge von Strikturen, außer Acht. Das Bindeglied, durch welches Entzündungen der Urethralschleimhaut sich auf andere Organe des Körpers fortpflanzen, ist besonders die Prostata. M. hat 46 Fälle von Prostatitis im Verlauf oder im Anschluss an einen akuten Tripper aus der Litteratur zusammengestellt. In 10 derselben wurde das Übergreifen der Entzündung hervorgerufen durch Ausschreitungen verschiedener Art, Übermüdung, Excesse in Baccho et Venere etc., in einem Falle durch einen Fußtritt gegen den Damm, in 10 durch unverständiges Einspritzen sog. Abortivmittel. 15 dieser Fälle bieten nur chirurgisches Interesse, da der entstandene Prostataabscess, sei es spontan oder durch Incision sich entleerte und die Heilung ohne weitere Komplikation eintrat. Die 29 übrigen Fälle theilt M. ein in Entzündungen der Prostata, ohne und mit Metastasen. Bei ersteren breitete sich die Entzündung entweder den Schleimhäuten entlang auf Blase, Uretheren, Nieren, Samenbläschen und Vas deferens aus oder führte durch Vermittlung des periprostatalen Zellgewebes zu Periprostatitis, Peritonitis, subperitonealer Phlegmone, perinephritischen Abscessen etc. Die bezüglichen Details sind im Original nachzusehen.

Bezüglich der Prostatitiden mit Metastasen erwähnt M. zuerst kurz 5 fremde Beobachtungen: einen Fall von Jubiot (metastatische Abscesse in Leber und Lunge, in den Muskeln des rechten Armes und dem rechten Ellbogengelenk), einen von Meuriot (metastatische Endokarditis und Pneumonie), einen von Desnos (metastatische Endokarditis und Pneumonia duplex), einen von Leyden (metastatische Endo- und Myokarditis, polyartikulärer Gelenkrheumatismus), endlich einen

günstig verlaufenden Fall von Lallemand (akuter Gelenkrheumatismus im Anschluss an den Durchbruch eines Prostataabscesses in die Urethra) und beschreibt dann des Näheren einen von ihm selbst behandelten Fall. Ein 24jähriger junger Mann erkrankte, nachdem einige Tage hindurch Fiebererscheinungen ohne nachweisbare Ursache bestanden hatten, an polyartikulären Gelenkentzündungen, rechtsseitiger Pleuropneumonie, doppelseitiger Parotitis, Hämaturie und Vereiterung des linken Auges. Die Details der Krankengeschichte s. im Original. Bei der Autopsie fanden sich im oberen Theil der Harnröhre die Residuen einer gonorrhoischen Entzündung, eitrige Zerstörung des linken Prostatalappens und des periprostatischen Zellgewebes, Hyperämie, Ecchymosenbildung und submuköse Abscesse in der Blasenschleimhaut, Vereiterung des linken Sternoclaviculargelenks (die übrigen Gelenke wurden nicht eröffnet), metastatische Abscesse in den Nieren, Milz und Lungen, Wucherungen auf der Mitralis, miliare Abscesse im Myokardium, in der Gehirnrinde Thrombose verschiedener kleiner Arterienästchen mit Blutaustritt in die Umgebung etc. Bei der mikroskopischen Untersuchung, deren Resultate auf 3 beigegebenen Tafeln abgebildet sind, fand M. Mikrokokken in dem vereiterten Zellgewebe um Prostata und Blasenhals, in den Abscessen in Nieren, Milz und Myokardium, besonders reichlich aber in den Auflagerungen auf der Mitralis, so wie in einem zwischen den beiden Mm. papillares der hinteren Klappe fest anhaftenden Thrombus, nicht aber in den Thrombosen der Gehirnrinde. Die Mikrokokken kamen in zweierlei Formen vor, als Haufen von Körnchen und als Stäbchen von 1—1,5 μ Länge. Letztere waren zu 4 und 4 an einander gereiht und durch eine hyaline, gelatinöse Masse verbunden; sie boten ungefähr die Gestalt der Sarcina ventriculi dar. Ob die beiden Formen verschiedenen Arten von Mikrokokken angehören oder verschiedene Entwicklungszustände derselben Art darstellen, wagt M. nicht zu entscheiden.

Obwohl bei Aufnahme des Pat. in das Hospital kein Tripper mehr bestand, so unterliegt es nach M. mit Rücksicht auf die Ergebnisse der Autopsie doch keinem Zweifel, dass der Ausgangspunkt der Infektion in der gonorrhoisch erkrankten Urethralschleimhaut zu suchen ist; das Übergreifen der Entzündung auf Prostata und periprostatisches Bindegewebe war die erste Etappe auf dem Wege der Allgemeininfektion.

M. macht auf die mannigfachen Analogien zwischen seinem Fall und den oben erwähnten fremden Beobachtungen, besonders auf die Häufigkeit endo- und myokarditischer und artikulärer Processe aufmerksam; interessant ist auch die Ähnlichkeit seiner Befunde im Myokardium mit den von Leyden bei Diphtheritis gemachten. Die von ihm an den verschiedenen Orten gefundenen Mikrokokken sind den von Neisser und Aufrecht im gonorrhoischen Eiter nachgewiesenen sehr ähnlich. Bezüglich der in den Auflagerungen der Mitralis gefundenen Mikrokokken acceptirt M. die Ansicht Kö-

ster's, dass sich dieselben nicht aus dem vorüberströmenden Blute direkt abgelagert haben, sondern durch die Coronararterien in das Kapillarnetz der Klappen gerathen und dort durch die Gefäße und das umliegende Gewebe bis zur freien Fläche durchgewuchert sind. Die dabei entstehende reaktive Entzündung und Veränderung des Klappenendothels gab Anlass zu Fibrinablagerungen, welche Anfangs keine Mikrokokken enthielten. »Die Fragmente, welche sich von diesen primären Auflagerungen ablösten, konnten also nicht infektiös sein und mussten zu einfachen Embolien mit ihren gewöhnlichen Folgen führen; den Beweis dafür findet man in den Embolien im Gehirn, die nicht zur Abscessbildung Anlass gegeben haben, und in denen Mikrokokken nicht nachgewiesen werden konnten«. Erst später wucherten letztere in die Fibrinablagerungen hinein, um sich in denselben reichlich zu vermehren.

Schlusssätze: 1) Die Gonorrhoe kann Veranlassung geben zu lokalen eitrigen Entzündungen und zu allgemeiner virulenter Infektion.

2) In den Eiterherden finden sich Mikrokokken.

3) Diese Mikrokokken haben stellenweise eine eigenthümliche Gestalt.

Brockhaus (Godesberg).

---

264. Vidal. De la multiplicité des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies des organes respiratoires. Über multiple punktförmige Kauterisationen bei der Behandlung der Krankheiten der Respirationsorgane.

(L'union méd. 1882. No. 97.)

Das im Jahre 1830 von Guérin empfohlene Verfahren, Phthise mit der Applikation des Glüheisens auf die, den erkrankten Lungenpartien entsprechenden Hautstellen zu behandeln, wurde bald wieder verlassen, und zwar, wie V. meint, weniger wegen seiner Erfolglosigkeit, als wegen seiner Schmerzhaftigkeit und des Widerwillens der Kranken gegen dasselbe. Er hat die Methode mit dem Paquelinschen Galvanokauter wieder aufgenommen. Seine Vorschriften sind: 1) Die Kauterisationen müssen mit einem möglichst spitzen Brenner, der wie eine Feder gehalten wird und während der ganzen Dauer der Operation auf Weißglühhitze bleiben muss, gemacht werden. 2) Sie müssen sehr rasch, mit zitternder Bewegung der Hand gemacht werden. 3) Man geht mit der glühenden Spitze besser in transversaler als in vertikaler Richtung vor. 4) Die Spitze des Instruments darf kaum die Haut berühren und muss ein Geräusch hervorbringen, ähnlich dem Knistern des elektrischen Funkens. 5) Die Wirksamkeit des Verfahrens hängt nicht von der Tiefe und Breite der Wunden, sondern von ihrer Menge ab. 6) Die touchirten Punkte sollen höchstens 15—20 mm von einander entfernt sein. 7) Die Kauterisationen sollen nicht auf die den erkrankten Organen entsprechenden Hautpartien beschränkt werden, sondern über die Grenzen der-

selben um einige Centimeter hinausgehen. 8 Sofort nach der Operation soll die ganze, kauterisirte Partie mit einer dicken Lage Stärkemehl bestreut werden. In dieser Weise angewandt hat das Verfahren nach V. keinerlei Nachtheile, der Schmerz ist kurz und unbedeutend. Die Wirkungen dieses Verfahrens machen sich geltend auf die Haut, auf Pleura und Lungen und auf das Allgemeinbefinden. Die Haut wird an den kauterisirten Stellen intensiv roth und es tritt eine lokale Temperatursteigerung bis zu 1° C. ein. Bei manchen Kranken dauert die Röthe mehrere Stunden und reicht oft weit über die Grenze der Kauterisationen hinaus. Fast immer tritt im Bereich der letzteren Cutis anserina auf (Reizung der vasomotorischen Nerven). Auf Pleura und Lungen wirken die Kauterisationen in der Weise, dass nach mehreren Sitzungen das pleuritische Reiben nachlässt, und die Auskultation eine allmähliche Verminderung der auf die entzündlichen Vorgänge in den Lungen zu beziehenden Symptome nachweist. Husten und Auswurf wird geringer. Dämpfungen hellen sich auf und luftleere Partien der Lunge werden wieder lufthaltig. In einigen Fällen wurden durch die Kauterisationen hartnäckige Blutungen dauernd gestillt. Die Wirkungen auf das Allgemeinbefinden sind: Nachlass des Fiebers und der Nachtschweiße. Hebung des Appetits und des Körpergewichts, erhöhtes Wohlbefinden. besserer Schlaf.

In welcher Weise die Wirkung der Kauterisationen zu erklären ist, will V. nicht entscheiden. Er glaubt, dass die kompensatorische Kongestion zur Haut und die durch Reflexaktion hervorgerufene bessere Ernährung der kranken Organe dabei eine Rolle spielen.

Er hat 44 Fälle von Phthise in den verschiedensten Stadien der Erkrankung mit den Kauterisationen behandelt und in 37 gute Resultate erzielt. Dass weit vorgeschrittene Fälle von Lungenschwindsucht damit nicht geheilt werden, giebt er als selbstverständlich zu, wohl aber hält er eine Heilung in den Anfangsstadien durch dieses Verfahren für möglich und glaubt, dass dasselbe auch in den schwereren Fällen eine Verzögerung des destruktiven Processes herbeizuführen im Stande ist. **Brockhaus** (Godesberg).

---

265. **Hayem.** Sur le mécanisme de l'arrêt des hémorragies. Über den Mechanismus der Blutstillung.

(L'union méd. 1882. No. 96.)

Nachdem H. die einschlägigen Arbeiten von Andral, Vulpian und Ranvier kurz erwähnt, citirt er seine Untersuchungen aus dem Jahre 1877, in denen er die Existenz der sogenannten Hämatoblasten im Blute der Wirbelthiere und ihre leichte Veränderlichkeit beim Verlassen des Organismus oder bei Berührung mit Fremdkörpern konstatirte: Dieselben nehmen eine klebrige Beschaffenheit an, treten zu kleinen Klümpchen zusammen und bilden bei der Koagulation des Blutes die Ausgangs- und Anknüpfungspunkte für die Fäden des

fibrinösen Netzwerkes. Alles was die Gerinnung verhindert, verzögert diese Veränderung der Hämatoblasten und umgekehrt. Im Verlauf dieser Untersuchungen studirte H. auch die Art und Weise, wie bei einer Gefäßwunde die spontane Blutstillung eintritt. Er legte die V. jugularis eines Hundes frei, machte eine kleine Wunde in dieselbe und wartete dann das spontane Aufhören der Blutung ab. Dann unterband er das periphere Ende der Vene, worauf er mit Leichtigkeit den die Gefäßwunde verschließenden Pfropf wegnehmen und untersuchen konnte. Derselbe hatte die Form eines Nagels, dessen Spitze in das Innere des Gefäßes hineinragte, während der Kopf auf der äußeren Gefäßwandung aufsaß. »Die Spitze und die centralen Partien sind von grauer Farbe, klebrig und aus einer theils granulirten, theils amorphen Masse zusammengesetzt. Die Granulationen werden gebildet aus Haufen von Hämatoblasten, die zwar bereits verändert sind aber noch gut von einander unterschieden werden können, während die amorphe Masse aus ganz zusammengesinterten, sehr veränderten Hämatoblasten besteht. Der Kopf des Nagels, von außen roth, enthält im Centrum eine Verlängerung der aus Hämatoblasten bestehenden viskösen Masse und an der Peripherie fibrilläre Züge, die eine Menge rother Blutkörperchen einschließen. In der ganzen centralen Partie bemerkt man nur wenig weiße Blutkörperchen. Augenscheinlich ist die Fibrinbildung erst nachträglich zu einem dichten, fast ganz aus Hämatoblasten gebildeten Pfropf hinzugetreten.«

H. hat dann den Vorgang an Mesenterialgefäßen des Frosches direkt unter dem Mikroskop verfolgt, und sich überzeugt, dass der erste Anstoß zur Bildung des die Gefäßwunde verschließenden Pfropfes ausgeht von den an den Rändern der Wunde haften bleibenden und die oben beschriebene Veränderung eingehender Hämatoblasten. Die weißen Blutkörperchen spielen dabei gar keine Rolle; sie behalten ihre normale Beschaffenheit und ihre physiologischen Eigenschaften (amöboide) Bewegungen noch bei, wenn die den Pfropf bildenden Hämatoblasten schon sehr verändert sind. H. vindicirt seinen Untersuchungen große praktische Wichtigkeit, indem dieselben die blutstillende Wirkung pulverförmiger und schwammiger Substanzen erklären, welche den Hämatoblasten massenhafte Berührungspunkte und somit die Möglichkeit in reichem Maße bieten, die beschriebenen Modifikationen einzugehen. Krankhaft veränderte Stellen der Gefäßwandung wirken auf die Hämatoblasten wie Fremdkörper. Da ferner die Hämatoblasten sich nach H.'s Untersuchungen bei einer Temperatur, welche diejenige des Körpers etwas übersteigt, leichter verändern, so erklärt sich hieraus die günstige Wirkung der Heißwasserinjektionen bei Hämorrhagien des Uterus. Auch glaubt H., dass das Wesen der Hämophilie in einer Verminderung der normalen Anzahl von Hämatoblasten im Blute, oder in der verringerten Fähigkeit derselben, sich in der erwähnten Weise zu verändern, bestehe. Bei dem Pferde, dessen Blut langsam koagulirt, verändern sich auch die Hä-

matoblasten sehr langsam. In dem Blut eines 50jährigen Mannes, der in Folge unstillbaren Nasenblutens dem Tode nahe war, hat H. die relativ geringe Anzahl der Hämatoblasten, so wie ihre langsame Veränderlichkeit direkt nachgewiesen. Die Blutung stand, nachdem dem Pat. 120 g Venenblut von einem gesunden Manne durch direkte Transfusion eingespritzt worden waren. **Brockhaus** (Godesberg).

---

266. **Hertel.** Die Salpetersäure bei der Behandlung der Nephritis.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde.)
Kassel, **Th. Kay** 1882.

Bereits 1843 veröffentlichte Hansen in Trier ein kleines Buch, welches über die Salpetersäure, innerlich verabreicht, als Heilmittel der Bright'schen Krankheit, handelt, nebst einer empfehlenden Vorrede von Prof. Fr. Nasse in Bonn. An der Hand dieses Schriftchens stellt Verfasser, gestützt auf eigne Erfahrung, diejenigen Indikationen auf, welche für die Anwendung der Salpetersäure bei der Nephritis sprechen. (Es handelt sich im Wesentlichen um die Kombination von Anasarca und Höhlenhydrops mit einem sparsamen Harne von normalem, meist erhöhtem spec. Gewichte, bei sehr reichlichem Gehalt an Eiweiß und an morphotischen Bestandtheilen, welche für reichlichen Zerfall der epithelialen Elemente der Harnkanälchen sprechen, unter welchen aber rothe Blutkörperchen entweder gar nicht vorhanden sind, oder doch nur höchst sparsam und dann als farblose, kleine Ringe erscheinen. Die Menge der zu beobachtenden Harncylinder ist weniger von Belang als gerade ihre Beschaffenheit; hierher gehören die breiten, meist kurzen, körnigen, mit Fetttröpfchen und Lymphkörperchen bedeckten Formen. Freie Lymphkörperchen erscheinen höchst selten. Die Kranken selbst bieten in diesem Stadium einen fieberlosen Zustand, große Blässe der Haut und der Schleimhäute und eine mehr oder weniger erhöhte Spannung des Aortensystems. Es handelt sich also nach H., anatomisch ausgedrückt, um dasjenige Stadium der »chronischen Nephritis«, in welchem die sich Anfangs sehr allmählich entwickelnde Erkrankung übergeht zur Degeneration, zum fettigen Zerfall der epithelialen Elemente des harnabsondernden Parenchyms. Es ist dies gerade die Zeit, wo dem Patienten die höchste Gefahr droht. Das eigentliche Wirkungsgebiet der Salpetersäure soll diejenige Zeit im Verlauf der chronischen Nephritis umfassen, wo noch kein Höhlenhydrops, kein hohes Alter, keine schlechten Lebensverhältnisse, welche den Eintritt einer ausreichenden, kompensatorischen Herzhypertrophie verhindern, vorhanden sind. Aber selbst in den Fällen, wo die äußeren Umstände ungünstig waren, konnte eine wesentliche Besserung mit erträglicher Existenz eintreten. Bei vollendeter Nierenschrumpfung ist die Salpetersäure nutzlos, eben so bei akuter (hämorrhagischer) Ne-

phritis. Verf. betont ausdrücklich, dass frisches Blut im Harn die Anwendung und Wirksamkeit der Salpetersäure mindestens zweifelhaft, ja gar schädlich erscheinen lasse, eben so wenn akute Verschlimmerung der chronischen Form durch Auftreten frischen Blutes sich anmeldet.

Ob bei »Scharlachnephritis« die Salpetersäure von Erfolg ist, wagt Verf. wegen mangelnder Erfahrung nicht zu entscheiden, doch dürfte Salpetersäure kaum günstig wirken, weil es sich hier meistens um sehr akut entstehende Zustände handelt.

In allen passenden Fällen sah Verfasser niemals eine Verdauungsstörung, obwohl bis 80 gr Salpetersäure ohne Unterbrechung gereicht wurden; bisweilen ließ der Erfolg bis 14 Tage auf sich warten, dann aber, bei konsequenter Darreichung des Mittels, erschien er ziemlich schnell. Als angenehmste Formel für die Verabreichung empfiehlt H.:

Rcp:. Decoct. Mth. 160,0
Acid. nitric. 4,0
Syrup. Rub. Jd. 20,0
M. D. S. 2st. 1 Esslöffel.

Prior (Bonn).

---

267. N. Sassetzki. Über den Einfluss des Fiebers und antipyretischer Behandlung auf den Stickstoffumsatz und die Assimilation der stickstoffhaltigen Bestandtheile der Milch. Vorläufige Mittheilung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1882. No. 27.)

Litteraturangaben und die Anordnung der Beobachtungen und Untersuchungen sind im Original nachzusehen. S. kommt zu folgenden Resultaten:

1) Kalte Bäder vermindern die Menge des durch den Harn ausgeschiedenen Stickstoffs; die Verminderung beträgt für drei Tage 6—20 g.

2) Kalte Bäder vermindern die durch den Harn ausgeschiedene Quantität der Phosphate; die Verminderung beträgt für drei Tage 2—5 g.

3) Kalte Bäder verringern den Verlust des mit den Fäces abgehenden Stickstoffs, und zwar in drei Tagen um 1—9%.

4) Ein Einfluss der kalten Bäder auf die täglich konsumirte Menge von Wasser und Milch ließ sich nicht mit Bestimmtheit konstatiren.

5) Kalte Bäder verringern meistentheils (bei sieben von den neun Patienten) den Wasserverlust durch die Lungen und die Haut.

6) Beim Fieber steigt der Verlust an festen und stickstoffhaltigen, mit den Fäces abgehenden Bestandtheilen der Milch, und zwar beträgt derselbe für drei Tage 2—11%. **E. Bardenhewer** (Bonn).

---

268. A. Proebsting. Über Tachycardie.

(Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

P. theilt 3 Fälle von Tachycardie mit, die er auf der Gerhard'schen Klinik beobachtet hat. An die eigene Mittheilung schließt Verf. eine Besprechung der in der Litteratur verzeichneten Fälle an. Zwei von den selbst beobachteten Fällen zeigten eine Pulsfrequenz von über 200, der dritte eine von 120—136 Schlägen. Als Ursache für die Tachycardie im ersten Falle wird eine centrale Vaguslähmung, im zweiten ebenfalls eine Neurose des Hemmungsnerven (durch plötzlichen Schreck hervorgerufen), im dritten eine Affektion der Herzganglien angenommen. Die in der Litteratur gefundenen Fälle von Tachycardie sind bei der Besprechung so angeordnet, dass zuerst die durch Lähmung des Hemmungsnervensystems bedingten, dann die durch Reizung des vasomotorischen Systems hervorgerufenen, angeführt werden. Zum Schluss folgt eine Erörterung der Diagnostik und der Therapie. **Lachmann** (Frankfurt a/M.).

---

269. Sesemann. Beitrag zur Lokalbehandlung der Diphtherie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1882. No. 26.)

Verf. behandelte 21 schwere Diphtheriefälle, darunter nur 3 Erwachsene, die übrigen lauter Kinder meist unter 6 Jahren, mit Jodoform. Es starben davon 5 und zwar 4 an Herzparalyse und 1 an Sepsis. Von den 4 an Herzparalyse Verstorbenen kamen nur 2 am ersten Krankheitstage in Behandlung. Die Anwendung ist folgende: Das Pulver wird mit 3 Theilen Zucker gemischt und mittels des Galente'schen Pulverbläsers auf die afficirten Stellen gebracht. Um das Medikament auch auf die hintere Fläche des weichen Gaumens und in die Nase zu bringen, führt Verf. entweder ein elastisches Rohr durch die Nase und treibt durch dieses das Pulver, oder, wo dieses nicht durchzuführen ist, steckt er aus Jodoform mit Gelatine oder Glycerin und Gummi arabicum präparirte Stäbchen in die Nase ein, welche beim Schmelzen längs der hinteren Fläche des weichen Gaumens herabfließen. Es ist zweckmäßig, die Kinder vorher gurgeln oder ausspritzen zu lassen. **Kohts** (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.
Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 20. **Sonnabend, den 26. August.** **1882.**

270. **Zweifel.** Untersuchungen über die wissenschaftliche Grundlage der Antisepsis und die Entstehung des septischen Giftes.

(Zeitschrift für physiologische Chemie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Lister habe bei der Übertragung der theoretischen Forschungen auf den lebenden Menschen die implicite Voraussetzung gemacht, dass der gesunde Körper der bakterienfreien Flüssigkeit des Experiments gleich zu achten sei. Auch der gesunde, lebende Mensch müsste danach frei sein von Fäulniserregern, wenn das Fernhalten von solchen beim Wundverband überhaupt einen Sinn haben soll.

Dieser Voraussetzung, so sehr sie die Logik a priori und a posteriori für sich hat, stehen aber Resultate der exakten Forschung gegenüber und zwar in einem unvereinbaren Widerspruch.

Die ersten Versuche nach dieser Richtung wurden von Billroth und Tiegel gemacht. Sie ergaben als Resultate, dass auch im gesunden Körper Fäulniserreger vorhanden seien. Zu den glei-

das eine Hauptsymptom, die Gasbildung, nicht zeigte, beschloss Verf. die Blutflüssigkeiten auf ihre Infektiosität zu prüfen. Verf. wählte das Blut und nicht die festen Gewebe, weil sich mit demselben viel leichter einwurfsfreie Experimente machen lassen. Wenn die Anwesenheit des Sauerstoffs den Eintritt der Sepsis hindert, so müsste Blut, das mit seinem Oxyhämoglobin bei 40° C. aufbewahrt wird, dadurch nicht septisch werden. Dagegen müsste die Entfernung der Gase, hauptsächlich die des Sauerstoffs, auch ohne irgend eine weitere Änderung der Experimente das Blut septisch machen. Diese Folgerung ist nun einfach als Analogieschluss auf das Verhalten der Herzen gemacht worden. Das Resultat dieser Experimente war darin übereinstimmend, dass die Thiere von dem eingebrachten Blut nicht erheblich krank wurden und dass kein einziges unter Symptomen der septischen Peritonitis starb. Fieber bekamen sie zwar einige Mal. Aber es muss dahin gestellt bleiben, ob dasselbe von der Resorption der Blutflüssigkeit in der Bauchhöhle oder von der subkutanen Abscessbildung herrührte. Das letztere hält Verf. für wahrscheinlicher. Doch können auch hierüber erst fortgesetzte Kontrollversuche Aufschluss geben. Erst wenn die subkutane Einspritzung der betreffenden Flüssigkeit in derselben Weise Fieber macht, wird diese Auffassung bestätigt. Klinische Erfahrungen deuten darauf hin, dass auch die Resorption von extravasirtem Blut Fieber machen kann. Verf. erwähnt als Beispiel nur den Verlauf der Haematocele retrouterina. Hauptsächlich muss es nun nach dem oben entwickelten Gedankengang interessiren, wie sich das seines Sauerstoffs beraubte Blut in pathogener Beziehung verhält.

Diese Versuche legten es nahe, dass durch die Entziehung des Sauerstoffs das Blut bei 8 Tage langer Aufbewahrung in Blutwärme geradezu giftig wird und dass sich dabei ein dem septischen ähnliches Gift entwickelt.

Dass Septikämie von septicos, faulig, abgeleitet ist, geht diese Bezeichnung für das Blutgift nicht wohl an und müsste diese Vergiftung nach analoger Wortbildung die Benennung »Anoxygenhaemie« bekommen, allerdings nur so lange, als man die giftigen Stoffe nicht genauer kennt. Die weiteren Details sind im Original nachzulesen.

Kocks (Bonn).

---

271. **Hertel.** Zur Diagnose und Therapie der Diphtheritis.

Verf. stellt sich auf Seiten derer, welche die Infektion des Blutes für den primären Vorgang, und die lokalen Veränderungen im Rachen, Larynx oder in anderen Organen für sekundäre Erscheinungen halten. Daher dünkt ihm der Name »Diphtherie« passender; nach diesen anerkannten Thatsachen richtet Verf. auch die Therapie ein. Abgesehen, dass Medikamente nothwendig werden können, welche gegen den Kräfteverfall, das Fieber, einschreiten, richten sich die therapeu-

tischen Maßnahmen bei Diphtherie fast ausschließlich auf die Bekämpfung der Folgen der lokalen Störungen, und hier wieder mit vorwiegendem Interesse derjenigen in den Fauces und im Larynx. Die Hauptgefahr derselben liegt in der drohenden Suffokation, alle Bestrebungen sind darauf gerichtet, und müssen es sein, die nekrotischen Gewebstheile aus den Fauces und dem Larynx zu entfernen.

Durch die Erwägung, dass wir uns mit Vorliebe feuchter Wärme bedienen, wo es gilt, nekrotisirende Gewebstheile abzustoßen, will Verf. bei Erwachsenen und verständigen Kindern Inhalationen warmer Wasserdämpfe angewendet wissen, wo dies nicht möglich ist, müsse man sich bescheiden mit feuchtwarmen Umschlägen, applicirt auf den Hals. Weiterhin scheint der Grundsatz rationell, die lokalen Störungen durch desinficirende Methoden zu bekämpfen. Verf. redet hier weniger den Auspinselungen das Wort als den Ausspülungen und zwar aus den Gründen: wir erreichen 1) eine Reinigung der Mundhöhle, 2) Würgbewegungen und dadurch Reinigung der Fauces, 3) eine möglichst genaue Bespülung der Fauces; wir ersparen 4) den Kindern die Qual des Mundöffnens und Herabdrückens der Zunge, wie es für den Pinsel nothwendig ist. Ganz besonders empfiehlt H. das Ausspritzen des Pharynx von der äußeren Nasenöffnung aus, weil sich dadurch die Gefahr der Infektion der Nasenhöhle durch die Choanen am besten zurückhalten lasse.

Zum Schlusse wird Kal. chloric. in Lösungen von mittlerer Stärke (5,0 — 8,0 : 200,0), lokal und innerlich angewandt, empfohlen.

Prior (Bonn).

---

272. **Hertel.** Zur Behandlung des Ileotyphus.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde.)
Kassel, **Th. Kay,** 1882.

Nicht in die Diskussion des Für und Wider der einzelnen Behandlungsweisen des Ileotyphus will Verf. eintreten, sondern nur die übliche Art der Behandlung in dem Landkrankenhause zu Kassel, und die leitenden Grundsätze mittheilen.

Bei regulär verlaufendem Typhus bedient er sich des Acid. muriat., bei bronchitischen Erscheinungen verbunden mit Ipekakuanha, und des Eisbeutels. Das größte Gewicht legt H. auf $^1/_4$—$^1/_2$stündige Verabreichung von einigen Esslöffeln Wasser, namentlich bei wenig besinnlichen Kranken, weil dieselben unter dem Wassermangel, der ihnen durch Durstgefühl nicht zur Perception kommt, ganz furchtbar leiden. Die gewöhnlichen Fälle dürften keine ausgedörrte Zunge zeigen, oder der Arzt, der Pfleger, begeht eine Unterlassungssünde. Täglich 5—6 Stühle bleiben ohne Behelligung, sonst genügen 5 bis 6 Tropfen Tinct. op. einige Mal täglich; außerdem empfiehlt Verf. Solut. arg. nitr. 0,06 : 180,0. 3—4mal täglich 1 Esslöffel. Gegen Delirien werden täglich bis 3mal Abwaschungen mit Eiswasser verordnet; bei schwächlichen oder heruntergekommenen Individuen muss bei

der Applikation der Kälte große Vorsicht herrschen. In der 2. Hälfte der Erkrankungszeit genügen Chinin und verständige Diät: zumal Erbsen, Bohnen, Linsen, enthülst. Wenn das Fieber vollständig gewichen ist, kommen Fleisch, Schwarzbrot, Bier in Frage.

Weicht der Verlauf des Typhus von dem gewöhnlichen Wege ab, so tritt andere Therapie in ihr Recht. Zunächst handelt es sich um Fälle mit gestörtem typischen Fieberlauf. Bäder lauwarm, selbst bis 28° R., thun gute Dienste, eventuell mit kalter Begießung des Kopfes; als Nothbehelf dient die Einwicklung in feuchte Laken bis zur Dauer einer Stunde. Stößt man ferner auf Fälle, wo die abendlichen Temperatursteigerungen sich bis in die 5., selbst 6. Woche behaupten, so handelt es sich in den meisten Fällen nach Verf. um hartnäckiges Fortbestehen der Ulcerationen im Darm, es ist daher auf das Strengste diätetisch recht zu handeln, daneben sind hydropathische Fomente zu verordnen.

Verf. theilt die Anschauung derjenigen, welche die Infektion des Organismus im Ileotyphus auf die Annahme eines fauligen Zersetzungsstoffes, eines septischen Stoffes, zurückführen. Von diesem Standpunkte aus wendet er sich nicht allein gegen die »Fieberhitze« in den schweren Typhusformen: denn das Fieber ist eben nur ein Symptom unter den vielen im Krankheitsbilde, wenn auch von hoher Bedeutung. Daher spricht Verf. sich gegen das kalte Baden aus, welches einseitiges Behandeln verrathe, wenn auch dadurch eine größere Freiheit des Sensoriums bleibe. Die Gruppe der Excitantien zieht H. dem Weine vor, weil, selbst wenn der Wein gut ist, er namentlich bei Personen, die nicht an ihn gewöhnt sind, mancherlei Missstände hervorruft: Belästigung der nervösen Centralorgane.

Gegen die Delirien empfiehlt Verf. in einigen Fällen 5—6 Blutegel hinter jedes Ohr, weil Meningealapoplexien post mortem mehrere Mal konstatirt wurden. Auch erfüllen kalte Bäder von +15° bis halbstündige Dauer mit öfters wiederholten kalten Übergießungen aus geringer Höhe mit mäßig starkem Strahle ihren Zweck. Vor der Anwendung des Chloral ist zu warnen, während kleine Morphiumdosen ziemlich sicher einen ruhigen Schlaf verursachen, auf welchen Freiheit des Sensoriums folgt.

»Typhusgeschwüre« sieht H. sehr selten, weil den Kranken die Mundhöhle und Pharynx regelmäßig ausgespült wird, sei es mit dem Irrigator oder mit einer Glasspritze, welch letztere besser an den erstrebten Ort gelangen lässt. Als Irrigationsflüssigkeit dient Acid. carbol. (1%), Kal. chloric. (2%), doch dürfte auch einfach warmes Wasser hinreichen. Zugleich wird durch das fleißige Ausspülen, eben so wie die gefürchtete Mitaffektion des Pharynx und Larynx selten wird, auch die Entzündung des mittleren Gehörganges vermieden werden, weil dessen Erkrankung von der Tuba Eustachii aus vermittelt wird. **Prior** (Bonn).

---

273. **Ph. Schech** (München). Lungen- und Trachealsyphilis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

Die von Sch. mitgetheilten zwei Fälle, in denen beiden durch antiluetische Behandlung Heilung erzielt wurde, bieten in ihren Details außerordentlich viel Gemeinsames. Der Kehlkopf war intakt, der untere Abschnitt der Trachea an der Bifurkation stenosirt. In beiden Fällen war die Lunge mit erkrankt und konnte dies, abgesehen von den physikalischen Symptomen, durch die mikroskopische Untersuchung von expektorirten Gewebstheilen unzweifelhaft konstatirt werden. Es ist wiederholt bestritten worden, dass die mikroskopische Untersuchung der Sputa Anhaltspunkte für eine differentielle Diagnose zwischen Syphilis und Phthisis der Lunge bieten könne. Sch. giebt die Schwierigkeit der Diagnose in diesen Fällen zu, konnte jedoch gerade in den beiden von ihm publicirten Fällen durch das Mikroskop seine Diagnose befestigen, welche später durch den Erfolg der Behandlung gesichert wurde. Hinsichtlich des Verlaufs der Krankheit unterscheiden sich die beiden Fälle wenig von den bisher beobachteten. Auffallend war es, dass im 1. Falle die Lungensyphilis schon nach der verhältnismäßig kurzen Zeit von 3 Jahren zum Ausbruch gelangte. Da wir zur Zeit kein einziges pathognomonisches Zeichen besitzen, so wird man seine Diagnose nie auf ein einzelnes Symptom stützen, sondern auf die funktionellen Störungen und nachweisbaren Veränderungen des Respirationstraktus, den Verlauf der Krankheit, den Einfluss der Behandlung, die Anamnese und die Koincidenz mit Syphilis in anderen Organen.

Kopp (München).

---

274. **Holländer** (Wien). Über cirkumskriptes Gehirnödem als Ursachen von Herdsymptomen.

(Jahrbücher f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. III. Hft. 3.)

In den agonalen Zuständen bei Herz-, Nieren- und diffusen Hirnerkrankungen, eben so wie bei der allgemeinen progressiven Paralyse zeigen sich Lähmungs- und Reizerscheinungen, welche auf eine umschriebene Störung mit Bestimmtheit hinweisen, ohne dass bei der Obduktion eine Herderkrankung im Gehirn gefunden wurde. Für diese Störungen macht H. ein partielles Gehirnödem verantwortlich. Entgegen Huguenin, welcher eine solche Erklärung nicht gelten lässt, beruft H. sich auf Durand Fardel, der Apoplexien mit Hemiplegien durch ein quantitativ verschiedenes Piaödem entstehen lässt und auf Bamberger und Colberg, welche nach Apoplexien nur ein cirkumskriptes Gehirnödem fanden. H. führt dann zur Begründung seiner Auffassung zwei selbst erlebte Fälle an. Der erste, ein akuter Aufregungszustand, zeigte einige apoplektiforme Anfälle geringen Grades mit rechtsseitiger Extremitäten- und Facialisparese und führte zu der Annahme einer lokalisirten Erweichung in den linken motorischen Ganglien. Die Obduktion ergab Atrophie

des Gehirns, partielle Verdickung der Häute, Verlängerung der Hinterhörner, Maceration der Kammerwände, »Ödem des Gehirns nach Hyperämie, welche in den linksseitigen Ganglienmassen vollkommen verdrängt wurde«. Fettherz, Hypostase in den unteren Lungenpartien. Während in den rechten Stammganglien eine Hyperämie in der Leiche noch vorhanden, war dieselbe links durch das Ödem verdrängt, welches letztere durch die fettige Entartung des Herzens und die damit verbundene Erhöhung des Seitendruckes in dem Venengebiete als Stauungsödem seine Erklärung findet.

Im 2. Falle ließen sich die beobachteten rechtsseitigen Krämpfe und nachfolgenden Paresen, die auf eine in Verbindung mit diagnosticirter Hirnlues entstandene Erweichung in den linken motorischen Ganglien hinwiesen, nicht gleich ungezwungen mit einer »Abplattung der linksseitigen Windungen durch Ödem« in Verbindung bringen.

Oebeke (Endenich).

---

275. **E. Mendel.** Sekundäre Degeneration im Bindearm.

(Neurologisches Centralblatt 1882. No. 11.)

Verf. veröffentlicht Krankengeschichte und Sektionsbefund eines Pat., der in Folge einer Apoplexie eine Lähmung der rechten Körperhälfte bekam. Im Gefolge derselben treten Aphasie, Dementia und Hemiopie auf, und unter allmählicher Zunahme der Lähmungserscheinungen, die sich zuletzt auch auf die linke Körperhälfte erstreckten, starb Pat. $^1/_2$ Jahr nach Beginn seines Leidens. Die Sektion ergab: Atrophie der linken Hemisphäre namentlich des Stirntheils derselben, im Pulvinar des linken Sehhügels ein erbsengroßer hämatogener Herd, von hier ausgehend Degeneration eines Faserzugs des Bindearmes bis zu dessen Einstrahlung in das Kleinhirn, außerdem graue Degeneration der Pyramidenseitenstränge und Hinterstränge des Rückenmarkes beider Seiten. In der Epikrise bezieht Verf. die Lähmung der rechten Körperhälfte auf den Bluterguss im linken Sehhügel, während sich Hemianästhesie, Hemiopie und Aphasie durch Druckwirkung im Gebiet des hintersten Theils der innern Kapsel und die Dementia durch die Atrophie der linken Hemisphäre erklären. Die Degeneration der Pyramidenseitenstränge fasst er als absteigende Degeneration auf. Die, so weit dem Verf. bekannt, noch nie beobachtete Degeneration im linken Bindearm, die sich makroskopisch und mikroskopisch als ein Process der sekundären Degeneration ausweist, führt ihn zu der Vermuthung, dass ein Faserbündel des Bindearmes motorischer Natur sein und vom Pulvinar des Sehhügels zum Kleinhirn gehen könnte. Dieses Bündel wäre, wenn das Pulvinar mit dem Sehen und das Kleinhirn mit der Erhaltung des Körpergleichgewichts zusammenhinge, der Weg, »auf dem unsere Körperhaltung resp. unsere Bewegungen nach den Eindrücken, die wir durch den Gesichtssinn erhalten, regulirt werden«.

Gessler (München).

---

276. **Wilhelm Hack.** Reflexneurosen und Nasenleiden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 25.)

Verf. hat, veranlasst durch die Beobachtung Voltolini's, dass Nasenpolypen asthmatische Anfälle hervorrufen können, eine große Anzahl von Patienten rhinoskopisch untersucht und gefunden, dass auch bei viel geringfügigeren Nasenaffektionen als Polypen, Reflexneurosen vorkommen. Zum Beleg hierfür beschreibt er 12 Fälle, bei denen theils einfache katarrhalische Schwellung oder Granulationsbildung der Nasenschleimhaut, theils auch Polypen die Ursache der Reflexneurose bildeten. Außer Asthma beobachtete Verf. Nieskrampf, Krampfhusten, Flimmerskotom, Supraorbital- und Ciliarneuralgie, Cephalalgie, halbseitigen Gesichtsschmerz, Rachenhusten, Vomitus und Epilepsie. In den beiden Fällen, wo halbseitiger Gesichtsschmerz und Epilepsie vorlagen, wagt es Verf. nicht sicher zu entscheiden, ob wirklich die vorhandene Nasenaffektion das ursächliche Moment hierzu abgab, doch verschwand auch hier wie in allen übrigen Fällen die Neurose nach einer galvanokaustischen Behandlung der Nasenaffektion. **Gessler** (München).

---

277. **Pramberger.** Über fibrinöse Bronchitis.

Graz, 1881.

P. definirt die fibrinöse oder krupöse Bronchitis als »eine theils akut, theils chronisch auftretende Krankheit der Bronchien, die hauptsächlich bei Erwachsenen auftritt und wobei in Folge eines Entzündungsvorganges in der Bronchialschleimhaut auf deren Oberfläche eine Exsudation erfolgt, welche nebst andern variabeln Elementen, in ihrer Hauptmasse wenigstens aus Fibrin und weißen Blutkörperchen ähnlichen Zellen besteht«. Er hält vorläufig daran fest, dass es sich um eine essentielle selbständige Krankheit handelt und will die so häufig gleichzeitig beobachteten analogen Erkrankungen der obersten Luftwege und des Lungenparenchyms als Komplikationen aufgefasst wissen.

In Bezug auf die Ätiologie ist er der Ansicht, dass Reize der verschiedensten Art, chemische, thermische und mechanische, eine fibrinöse Bronchitis hervorrufen können, nur »müssen alle die eine Bedingung erfüllen, dass sie, indem sie als entzündungserregender Reiz einwirken, gleichzeitig das Epithel der Bronchialschleimhaut so weit schädigen, dass dieses nicht mehr in Rechnung und so die Schleimhaut mehr in die Lage einer serösen Membran kommt«. Ferner kommt ätiologisch sehr in Betracht der Kräftezustand und lokale, die Lunge vorzugsweise betreffende abnorme Verhältnisse, welche eine gewisse Debilität derselben, wie auch des Bronchialepithels voraussetzen lassen. Männer im mittleren Alter werden vorzugsweise befallen; die rauhere Jahreszeit (Oktober bis Mai) stellt das größte Kontingent der Erkrankungen. In einer Tabelle, die 14 Fälle von

akuter und 19 von chronischer fibrinöser Bronchitis umfasst, macht P. diese Verhältnisse anschaulich.

Verf. bespricht sodann die von einigen Autoren vertretene Ansicht, dass die fibrinöse Bronchitis eine specifische Infektionskrankheit sei. Dafür spricht der Verlauf mancher akuter Fälle, unter anderen auch der des von P. selbst beobachteten; dagegen macht es der Umstand, dass fibrinöse Bronchitis in Gesellschaft der verschiedensten Lungenkrankheiten, krupöser, käsiger, katarrhalischer Pneumonie, Tuberkulose etc. auftritt, schwierig, an einem ätiologisch-specifischen Standpunkt festzuhalten.

Bezüglich der anatomischen Verhältnisse erwähnt P. zunächst die Kontroversen, die über das Verhalten des Bronchialepithels bestehen; die Details siehe im Original. Eine Entscheidung über diese Frage wird erst möglich sein, wenn mehr genaue mikroskopische Untersuchungen vorliegen. Die in einzelnen Fällen beobachtete Erweiterung der Bronchien ist nicht Folge der fibrinösen Bronchitis, sondern komplicirender Erkrankungen der Lungen und Pleuren. Als konsekutive Veränderungen des Lungenparenchyms erwähnt P. vikariirendes Emphysem und atelektatische Zustände. Er bespricht sodann Form, Größe, Farbe und Konsistenz der ausgeworfenen Gerinnsel, ihr den Krupmembranen analoges Verhalten gegen chemische Reagentien und ihr Aussehen unter dem Mikroskop, erwähnt das öfters beobachtete Vorkommen von Charcot'schen Krystallen, so wie die von ihm einmal gefundenen Mikrokokkenhaufen und Stäbchenbakterien. Er hat dieselben gezüchtet und Impfversuche damit angestellt und ist auf Grund seiner Experimente zu dem Schluss gekommen, dass es sich um Fäulnisbakterien handelte.

Die fibrinöse Bronchitis tritt akut, subakut und chronisch auf. Die akute Form beginnt entweder mit stürmischen Allgemeinerscheinungen, Frost, Fieber, Eingenommensein des Kopfes und es folgen dann bald die für den Process charakteristischen Symptome: Heftige, selbst stundenlang anhaltende Hustenparoxysmen mit heftiger Dyspnoe und Erstickungsangst, oder diese letzteren treten im Verlauf einer, schon länger bestehenden Bronchitis auf. Der Husten ist laut und gellend, ohne sonstige charakteristische Eigenthümlichkeiten. Nach der Expektoration eines größeren oder kleineren Gerinnselklumpens tritt Euphorie ein, doch bleibt es selten bei einem Anfall, oft bildet sich das fibrinöse Exsudat sehr rasch wieder. Meist ist die Expektoration mit mäßiger Hämoptoe verbunden; stärkere Blutungen müssen nach P. stets den Verdacht auf komplicirende Erkrankungen des Lungenparenchyms erwecken. Die Perkussion ergiebt während des Anfalls meist hellen Schall; Dämpfungserscheinungen lassen auf atelektatische Zustände schließen. Auskultatorisch sind entweder nur katarrhalische Erscheinungen, Rasseln, Pfeifen, Schnurren, oder wenn auch diese fehlen abgeschwächtes, stellenweise mangelndes Athmen zu konstatiren. Bei Beschränkung der Krankheit auf eine Lungenhälfte treten alle Symptome greifbarer hervor: »Das Abgeflachtsein

und Zurückbleiben dieser Seite bei der Respiration, die eventuelle Einziehung der Interkostalräume hier, die Differenz der Auskultationserscheinungen zwischen beiden Seiten wird um so augenfälliger, als die gesunde oder bloß katarrhalisch afficirte andere Seite eine kompensatorische Thätigkeit entwickelt.« Wenn der Stimmfremitus sich überhaupt prüfen lässt, so ist er über den erkrankten Partien abgeschwächt. Während des Anfalls besteht in Folge der Blutüberfüllung im kleinen Kreislauf verstärkter zweiter Pulmonalton; bei mangelhafter Herzkraft treten bald die Erscheinungen der ungenügenden Dekarbonisation des Blutes auf. Die Dauer der akuten fibrinösen Bronchitis variirt zwischen 48 Stunden und 8—14 Tagen. Die Prognose ist ungünstig: P. berechnet 50% Todesfälle. Tritt der Tod nicht ein, so kann die Krankheit in Heilung übergehen, häufiger aber entwickelt sich die subakute Form, die ihrerseits nach mehrwöchentlichem Verlauf zur Heilung oder unter Zunahme der Allgemeinerscheinungen und der Häufigkeit und Intensität der Anfälle zum Tode führen kann. Endlich kommt ein Übergang der subakuten Form in die chronische vor. Letztere setzt sich entweder aus ganz unregelmäßig auftretenden akuten und subakuten Anfällen, die in einem Falle sich vikariirend mit den Menses einstellten, zusammen oder es entwickeln sich während einer gewöhnlichen chronischen Bronchitis unter geringfügigen oder auch fehlenden Allgemeinerscheinungen leichtere Anfälle von Gerinnselbildung in den Bronchien, deren Expektoration meist keine Schwierigkeit macht. Letztere Form kann jahrelang bestehen. Die Mortalität der chronisch fibrinösen Bronchitis beträgt nach P. $^1/_9$ der Fälle. Die Prognose richtet sich, eben so wie bei der akuten Form, wesentlich nach den komplicirenden Lungenerkrankungen.

Die Diagnose der fibrinösen Bronchitis kann nach P. mit Sicherheit nur gestellt werden, wenn die Expektoration der charakteristischen Gerinnsel erfolgt ist. In zweifelhaften Fällen können zu Verwechslung Anlass geben: Die Stenose eines Bronchialastes durch einen Fremdkörper oder andere Momente und das sogenannte bronchiale Asthma. Bei Bronchialstenose durch einen Fremdkörper ist die Anamnese entscheidend, bei der durch andere Ursachen herbeigeführten »das bei der In- und Exspiration fühlbare Schwirren, dem ein in beiden Phasen auskultatorisch nachweisbares Schnurren entspricht, welches einem Rhonchus sonoris gravis vergleichbar sich von diesem dadurch unterscheidet, dass weder Inspirations- noch Hustenbewegungen von Einfluss auf dasselbe sind, und dass es stets denselben Charakter, dieselbe Intensität und denselben Ausbreitungsbezirk bewahrt«. Bei dem Bronchialasthma kommt diagnostisch in Betracht: Die Plötzlichkeit des Eintritts der Anfälle während sonstigen Wohlbefindens, die vorwiegend exspiratorische Form der Dyspnoe, die rasch sich entwickelnde, gewöhnlich hochgradige Lungenblähung und die undeutlichen oder ganz fehlenden Exkursionen des Zwerchfells bei beträchtlichem Tiefstand desselben. Dass bei Bronchialasthma gerinnselähn-

liche Bildungen vorkommen, die aus dicht zusammengebackenen, zerfallenen Zellen bestehen und zahlreiche Charcot'sche Krystalle enthalten, beweisen die Fälle von Leyden und eine näher beschriebene Beobachtung von P. (s. das Original). Zur Behandlung der akuten fibrinösen Bronchitis werden Inhalationen mit Kalkwasser, Milchsäure etc. empfohlen, die aber weniger durch Lösung der Gerinnsel als durch Anregung der Expektoration wirken; bei hochgradiger Dyspnoe Brechmittel, besonders Apomorphin subkutan. Ferner wird die innerliche Darreichung von Jodkali und eine energische Merkurialbehandlung (Biermer) befürwortet. Bei der chronischen Form sind alle reizenden Inhalationen zu vermeiden, dagegen Jodkali, alkalische Mineralwässer, Lungengymnastik etc. indicirt. Besondere Rücksicht verdienen die häufigen komplicirenden Lungenerkrankungen, besonders Phthise resp. Tuberkulose und der Allgemeinzustand der Kranken.

Zum Schluss giebt P. die detaillirte Beschreibung eines von ihm und eines zweiten von Majorkovič behandelten Falles mit den bezüglichen Sektionsprotokollen. **Brockhaus** (Godesberg).

---

278. **Osler** (Montreal). Über den dritten Formbestandtheil des Blutes.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1882. No. 30.)

Die von Bizzozero vor Kurzem beschriebenen Blutplättchen will O. schon im Jahre 1873 gesehen haben und hält er dieselben für identisch mit Schultze's Körnchenhaufen und Hayem's Hämatoblasten. In einer Publikation vom Jahre 1874 suchte er nachzuweisen, dass diese Körnchenhaufen eine Ansammlung von kleinen nicht übereinstimmenden mikroskopischen Körperchen sind, die $^1/_4$ bis $^1/_2$ der Größe der rothen Blutkörperchen besitzen; ferner dass diese Haufen als solche nicht im Blute existiren, sondern dass deren individuelle Elemente frei unter den übrigen Blutzellen cirkuliren. Den Einfluss der beregten Körper auf die Gerinnung und Klumpenformation des Blutes konnte O. häufig beobachten.

Kopp (München).

---

279. **Fronmüller.** Über das gerbsaure Kannabin.

(Memorabilien 1882. Juli.)

Verf. hat Versuche mit Präparaten angestellt, welche von Merck zur Verfügung gestellt waren. Er hat von jeher das Extract. Cannabis indicae dem Morphium vorgezogen wegen der milderen weniger giftigen Wirkung bei Erstrebung schlafmachender Wirkung. Da aber die Kannabistinktur wegen ihres Gehaltes an Alkohol zu erregend wirkt, konnte es bis jetzt nur in Pillenform gegeben werden. Dagegen kann das Cannabin. tannicum in Pulvern verabreicht werden. Es ge-

währt die Vortheile, dass es mit oder ohne Zucker einnehmbar die volle Kraft enthält, einen nicht aufgeregten Schlaf erzeugt, mit Intoxikationserscheinungen nicht einhergeht, namentlich andern Morgens keine Nachwirkung hat, und dass namentlich die Stuhlentleerungen nicht dadurch beeinflusst werden. Die Dosis muss bei fortgesetztem Gebrauche gesteigert werden. Canabinum tannicum ist ein gelbbraunes Pulver, aus amorphen Plättchen, tanninartigem Geschmack; in Alkohol wenig löslich, in Wasser und Äther unlöslich. Das Mittel ist bei 63 Pat., meist bei Erkrankungen des Respirationsapparates angewandt.

0,1 bis 1,0 pro dosi je nach dem Grade der Schlaflosigkeit. Nur in 12 Fällen war das Mittel wirkungslos geblieben, in 37 wurden prompte Erfolge, in 15 »halbe Erfolge«, unterbrochener Schlaf erzeugt. Nur einmal nach einer Dosis von 1,5 g bei einem Bleikolikkranken wurde andern Morgens eine Betäubung beobachtet, die aber nach Eingabe von Essigäther sich bald verlor. Erbrechen wurde nie beobachtet. Das Mittel wird demnach warm empfohlen.

Finkler (Bonn).

---

280. **Semmola** (Neapel). Das Jodoform und dessen Nutzen bei Behandlung broncho-pneumonischer Erkrankungen und insbesondere der käsigen Broncho-Alveolitis.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 30.)

Von der Beobachtung ausgehend, dass ein Theil des Jodoform ohne Veränderung auf der Oberfläche der Lunge ausgeschieden wird, bediente sich S. gegen die obigen Erkrankungen und weiterhin gegen eine Reihe chronischer Lungenerkrankungen (Bronchialkatarrh, Asthma etc.) des Jodoform; er sowohl, wie mehrere andere Kollegen in Italien fanden günstige Resultate. Keineswegs behauptet S., ein Heilmittel der primären Tuberkulose oder auch nur der käsigen Processe, welche sich im Respirationstrakte etabliren, gefunden zu haben; er hält vielmehr, bei dem absoluten Mangel an einem gegen die käsigen Processe irgend wie brauchbaren Heilmittel, der allgemeinen Aufmerksamkeit und der weiteren Versuche das Jodoform würdig. Es übt nämlich das Jodoform folgenden Einfluss aus: 1) Es wird die Expektoration vermindert, was in manchen Fällen sehr rasch und in ausgiebiger Weise eintritt. Gleichzeitig nimmt der Husten ab und es schwinden vollkommen die Stickanfälle, wahrscheinlich in Folge der bekannten lokal-anästhesirenden Wirkungsweise des Medikamentes. 2) Die in den Bronchien oder, bei vorgeschrittenem Stadium der Krankheit, in den kleinen Erweichungsherden oder in größeren Kavernen enthaltenen Sekrete werden desinficirt. 3) Das Fieber nimmt progressiv ab und ist dies, wie Verf. meint, zum großen Theil der desinficirenden obigen Wirkung zuzuschreiben. 4) Auch der Lokalprocess wird günstig beeinflusst und in einzelnen Fällen zeigt sich eine merkliche Ausgleichung zum Normalen. 5) Das Allgemeinbe-

finden der Kranken bessert sich zusehends und in Fällen von käsiger Broncho-Alveolitis im ersten Stadium kann sogar wirkliche Heilung erzielt werden.

Die tägliche Dosis, welche S. verabreichte, schwankt zwischen 0,05—0,4—0,5, je nach der Tolerabilität der Verdauungsorgane und des Nervensystems. Eine wesentliche Bedingung für die Behandlung ist die Verabreichung geringer Einzeldosen: 1—2stündlich eine Pille. Ist die Ertragsfähigkeit zweifelhaft, so lässt man nach Rummo's Vorgang Jodoform in Terpentin gelöst 3—4mal täglich inhaliren, wobei man noch den Vortheil hat, die Athemluft durch die Kranken selbst zu verbessern. **Prior** (Bonn).

---

281. Antweiler und P. Breidenbend. Bestimmung des Zuckers im diabetischen Harn durch Gährung.

(Pflüger's Archiv Bd. XXVIII. p. 179.)

Die Verff. beschreiben eine Methode, den Zucker im diabetischen Harn in 2—3 Stunden zu vergähren, indem sie 100 ccm Harn mit 4 g Nährsalzen, bestehend aus 2 g phosphorsaurem Kali und 2 g weinsaurem Kali-Natron, so wie 10 g Trockenhefe versetzen und das Gefäß an einen 30—35° warmen Ort bringen.

Nachdem die Gährung vollendet, kann der Zucker auf verschiedene Art ermittelt werden. Es wird die Menge des Alkohols bestimmt und hieraus der Zucker berechnet. Diese Methode giebt hinlänglich genaue Resultate.

Dann kann im Harn ein Niederschlag erzeugt werden, welcher die Hefezellen mit zu Boden reißt. Das specifische Gewicht des unveränderten Harns plus einer bestimmten durch die Erzeugung des Niederschlags (Bleiacetat und Kaliumchromat) erhaltenen Größe minus dem specifischen Gewicht des Filtrates vom vergohrenen und ausgefällten Harne multiplicirt mit einer empirisch gefundenen Zahl ergiebt die Anzahl Gramme Zucker, welche in 100 ccm Harn enthalten sind.

Endlich drittens beschreiben die Verff. eine Methode, welche trotz ihrer großen Einfachheit sehr genaue Resultate ergiebt. Sie besteht in Folgendem:

100 ccm dessen specifisches Gewicht (A) bestimmt ist, werden mit 4 g oben genannter Nährsalze, so wie 10 g Hefe versetzt und bei der angegebenen Temperatur vergohren. Nachdem die Gährung beendigt, wird die über der Hefe befindliche nur schwach getrübte Flüssigkeit abgegossen und hiervon wieder das specifische Gewicht (B) genommen. Die Menge des in 100 ccm Harn enthaltenen Zuckers ist gleich $(A + 0{,}022 - B)\ 218$.

Die specifischen Gewichte können mit dem Urometer genommen werden. In Betreff der nähern Angaben muss auf die Originalabhandlung verwiesen werden. Der Bequemlichkeit halber sind sämmt-

liche zu einer derartigen Bestimmung nöthigen Gefäße, nebst einer Gebrauchsanweisung, von Dr. H. Geisler's Nachfolger Franz Müller zu beziehen.

Antweiler (Bonn).

Kasuistik.

282. **H. Hertel.** Zur symmetrischen Gangrän.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde p. 102.)
Kassel, **Th. Kay,** 1882.

Verf. hat die Erkrankung in zwei Fällen beobachtet. Nach kurzem Eingehen auf die Litteratur (Raynaud) bezieht Verf. auf die von Billroth aufgestellten Unterschiede zwischen »lokaler Synkope«, »lokaler Asphyxie« und »lokaler Gangrän«.

Der erste Fall H.'s betrifft ein 20jähriges Mädchen, bei welcher das Leiden mit nächtlichen Schmerzen im Zeige- und Mittelfinger der einen Hand begann und dann auf die gleichen der anderen Hand überging. Dieselben traten bald häufiger und unregelmäßig auf, dauerten länger, befielen sämmtliche Finger, die durch Blässe und Volumsabnahme sich auszeichneten. Nach mehrwöchentlicher Beobachtung trat hinzu fast ununterbrochene Cyanose der Finger, namentlich der Endglieder; Kältegefühl in denselben, Abblätterung der Epidermis. Sensibilität nicht gestört, Hände frei;-darauf schneller Rückgang zur Norm, so dass nur eine gewisse Volumsveränderung stationär blieb.

Als ätiologisches Moment stellt sich nur nervöser Einfluss, so dass eine Gefäßneurose, spastische Ischämie, wahrscheinlich wird.

Danach stellt sich dieser erste Fall unter die Kategorie der »symmetrischen Asphyxie«.

Der zweite Fall, betreffend einen 50jährigen Mann, ist der einer »symmetrischen Gangrän«. Pat., schlecht genährt und dekrepid, bekommt Schmerzen in einzelnen Zehen beider Füße. Livide Färbung aller Zehen gleichzeitig. Ohne Sensibilitätsstörung; nur Kältegefühl; Flecke an Unterschenkel und Kniescheibe; livide Ohrmuscheln. Andere Funktionsstörungen und Fieber fehlten. Haut und Nägel der Zehen hoben sich ab und ersetzten sich wieder. Ätiologie unbekannt.

Finkler (Bonn).

283. **Roques.** Chute spontanée des ongles chez un ataxique. Spontanes Abfallen der Nägel bei einem Tabetiker.

(L'union méd. 1882. No. 91.)

Ein Mann von 45 Jahren erkrankte vor einem Jahre an kontinuirlichen Schmerzen in der linken Seite und dem linken Arm. Später stellten sich Schmerzen in der Blase, Drang zum Uriniren, Dysurie und zuweilen Tenesmus im Augenblicke der Defäkation ein. Gegenwärtig klagt er über Schmerzen in der Herzgegend, die nach der Schulter und dem linken Arme ausstrahlen und hier hauptsächlich die vom Ulnaris versorgten Partien betreffen. An den unteren Extremitäten besteht Anästhesie der Plantarflächen der Füße; an den übrigen Partien ist die Anästhesie unregelmäßig, an der einen vollständig, an der anderen weniger ausgesprochen, links im Allgemeinen stärker als rechts. Die Sehnenreflexe sind links ganz verschwunden, rechts herabgesetzt. Das linke Auge ermüdet leichter, als das rechte; die linke Pupille ist dilatirt, die mit dem linken Auge gesehenen Gegenstände erscheinen wie im Nebel. Der Gang ist unsicher, aber nicht ausgesprochen ataktisch. Der Nagel der linken Zehe ist besonders an seiner Basis dunkelblau verfärbt und gelockert; an der rechten Zehe dieselben Erscheinungen aber nicht so ausgesprochen. Die Einwirkung von Traumen oder Kälte wird vom Kranken in Abrede gestellt.

R. glaubt, dass es sich im vorliegenden Falle um eine beginnende Tabes handelt, obwohl die für diese Krankheit charakteristischen Symptome nur zum Theil vorhanden sind. Bezüglich der an den Nägeln beobachteten Erscheinungen acceptirt er die Ansicht von Joffroy, dass durch vasomotorische Störungen in dem reichen Gefäßnetz der Nagelmatrix, Rupturen von Kapillaren hervorgerufen werden, die zur Bildung von Ecchymosen und zur Abstoßung des Nagels führen. Doch hält er es nicht für unmöglich, dass Traumen eingewirkt haben, z. B. Druck zu enger Schuhe, die aber wegen der Anästhesie dem Kranken nicht zum Bewusstsein gekommen sind. **Brockhaus** (Godesberg).

284. **Hertel.** Ein Fall von Caries der Pars basilaris, des Hinterhauptbeines mit Thrombose der Vena jugularis interna et communis sinistra.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde.)
Kassel, **Th. Kay,** 1882.

Pat., 49 Jahre alt, klagte über Hinfälligkeit, Kopf- und Brustschmerzen; eine eigenthümliche steife Haltung des Kopfes mit einer leichten Neigung nach links fiel auf. In dem Raum zwischen dem linken Processus mast., dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers und der linken Ohrmuschel zeigte sich auf Druck ein intensiv schmerzhafter Punkt, die Haut darüber war normal, eben so alle andern Organe, abgesehen von einer stets vermehrten Athemfrequenz. Nach einigen Tagen trat Fieber ein, die Kopfschmerzen und der Schmerz am Hinterkopf wurden sehr quälend, so dass der stöhnende Pat. jede Bewegung des Kopfes vermied. Kurz darauf stellten sich Schüttelfröste ein, öftere Hustenanfälle mit übelriechendem Auswurf und ging Pat. an Lungengangrän zu Grunde. Die Autopsie ergab cariöse Erkrankung der Pars basilaris und des linken Seitentheiles des Hinterhauptbeines — hierdurch bedingt Phlebitis, Periphlebitis und Thrombose der Vena jugularis interna et communis sin. — von hier ausgehend Embolien in die Lungen.

Prior (Bonn).

285. **Hertel.** Ein Fall von diffuser Perforationsperitonitis mit einer eigenthümlichen Komplikation.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde.)
Kassel, **Th. Kay,** 1882.

Es handelt sich um eine ältere Frau mit den Erscheinungen einer diffusen Peritonitis. Als Merkwürdigkeit fand sich rechterseits an dem gewöhnlichen Sitz der Cruralhernien ein kaum walnussgroßer Tumor, bei Druck unter starkem hör- und fühlbaren Geräusch verschwindend. Indessen blieb bei Druck auf die Stelle, wo der Tumor bestanden, ein leises, ebenfalls fühl- und hörbares Geräusch, welches ähnlich wie Hautemphysem, nur großblasiger, anzufühlen war; für das Gehör glich es dem großblasigen, nicht klingendem Rasseln. Durch leichten Druck in der Reg. hypogast. dext. war die Geschwulst sofort wieder hervorzurufen, eben so durch leichtes Husten. Die Pat., moribund aufgenommen, starb nach 17 Stunden. Die Sektion zeigte in der kleinen Curvatur des Magens ein großes rundes Magengeschwür, welches trichterförmig vertieft, die Serosa durchbohrt und die Peritonitis verursacht hatte. Im Abdomen war eine ungewöhnlich große Menge Gas. Im rechten Schenkelkanal ergab sich eine Ausstülpung des Peritoneum, so dass eine Zeigefingerphalanx bequem darin Raum hatte: eine Darmschlinge lag nicht darin. Es handelte sich also um einen leeren Bruchsack, welcher sich bei der großen Spannung der Gase im Abdomen selbst mit Gas füllte. Die Anwesenheit von Gasen und Exsudat erklärt das Zustandekommen der Geräusche. **Prior** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben

von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

№ 21. **Sonnabend, den 2. September.** **1882.**

286. **Widerhofer.** Über Syphilis der Kinder.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 29.)

Man unterscheidet bei der Syphilis hereditaria verschiedene Formen und zwar sind entweder schon am Tage der Geburt Exantheme am Körper des Kindes vorhanden, oder aber das Kind, schon vor der Geburt der Krankheit erlegen, kommt todt zur Welt, oder endlich bleibt der Keim im Kinde latent und kommt erst im zweiten, dritten Monat zur Entwicklung. Im Großen und Ganzen zeigen diejenigen Kinder, die mit Syph. hered. zur Welt kommen, das papulöse oder pustulöse Syphilid, die anderen Kinder das makulöse. In diagnostischer Beziehung hebt W. hervor, dass alle Luesformen, wenn auch vorwiegend die specielle Form zeigend, polymorph sind und dass man nur aus der Polymorphie eine strikte Diagnose stellen kann. Findet man z. B. neben einem Pustelsyphilid noch eine andere Form,

so ist die Diagnose gesichert. Von großer Wichtigkeit sind immer die Veränderungen der Nasenschleimhaut, der Laryngealschleimhaut. des weichen Gaumens und der Zunge; charakteristisch bei der Nasenschleimhaut ist die große Behinderung der Luftpassage, aber der Mangel eines Sekretes. Als Nachkrankheiten der Lues führt Verf. an: Rhachitis, oft mit Hydrocephalie, essentielle Lähmungen, Zellgewebsentzündungen, späterhin skrofulöse Erscheinungen. Die Prognose gestaltet sich nach W.'s Erfahrungen dahin, dass alle Fälle von Syphilis congenita sterben, die Fälle aber, wo die Lues am Tage der Geburt noch nicht sichtbar ist, quod vitam gut, quoad sanationem übel bestellt sind. Die Prognose wird dabei abhängig sein von den diätetischen Verhältnissen, so dass, wenn man die Kinder zur Brust bringen kann, die Prognose günstig wird. Zu der Frage, ob Syphilis hereditaria ansteckend sei oder nicht, äußert Verf. sich so, dass die Mütter ihre eignen Kinder säugen können und dabei, wie die allgemeine Erfahrung lehrt, gesund bleiben; man findet aber beim fünften und sechsten Kinde Erscheinungen an der Mutter, die verdächtig sind, z. B. Periostitiden. Gesunde Mütter tragen syphilitische Kinder nicht ungestraft. Hereditäre Syphilis muss nach W. wohl ansteckend sein, sie ist es aber nicht in dem Grade, wie eine acquirirte Lues. Was die Behandlung anbelangt, so wird Kalomel 1 cg pro die, in zwei Theile getheilt, mit etwas Eisen verabreicht; weiterhin Injektionen von Sublimatpepton und Sublimatbäder (1 g auf ein Bad); Einreibungen von Ung. ciner. nur bei älteren Kindern. Die Hauptsache ist aber, dass der Arzt diese Kinder immer überwache und namentlich im ersten Lebensjahr sie gar nicht außer Acht lasse.

Prior (Bonn).

---

287. v. Kranz (Frankfurt a/M.). Ein Beitrag zur Ätiologie der Lungenentzündung.

(Eulenberg's Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin etc. Bd. XXXVII. Hft. 1. p. 108—112.)

Köhnhorn hat im 35. Bande derselben Vierteljahrsschrift p. 81 ff. den Nachweis zu führen gesucht, dass die krupöse Lungenentzündung weder eine Erkältungskrankheit, noch eine lokale Entzündung. sondern eine Infektionskrankheit ist (s. das Referat in diesen Blättern, 2. Jahrg. p. 346). Er basirt dies auf ein während 8 Jahren in der Garnison Wesel gesammeltes Material von 300 Fällen. Verf. stand während der Zeit, über welche Köhnhorn berichtet, gleichfalls in Wesel in Garnison und hat sich veranlasst gesehen, über eine Episode jener Zeit detaillirtere Aufzeichnung zu machen. Ende März des Jahres 1875 nämlich hatte ein großer Zugang an Lungenentzündungen zur inneren Station des dortigen Lazaretts seinen Anfang; von da ab bis zum 25. Mai waren 31 Fälle eingebracht worden, und zwar 21 Fälle aus zwei Infanteriebataillonen, 10 Fälle aus drei anderen Bataillonen, drei Abtheilungen Artillerie und dem Land-

wehrstamm. Der Unterschied war so frappant, dass Verf. eingehende Forschungen bezüglich des Krankheitsursprungs anstellte. Er glaubt, sie in den auffallenden meteorologischen Verhältnissen des April und der verschiedenen Beschäftigungsart der einzelnen Truppentheile gefunden zu haben. Der April zeichnete sich nämlich durch eine fast absolute Regenlosigkeit aus: während das Jahresmittel der Regenmenge im Jahre 1874 pro Tag 8,05 Kubikzoll betrug, fielen im ganzen Monat April 1875 nur 16 Kubikzoll, also nur die Quantität von zwei Tagen. Ferner stieg die Bodentemperatur in 2 Fuß Tiefe vom 26. März, wo sie 0° betrug, bis auf $7^1/_2$° R. Eben so war die Temperatur der Luft im April eine sehr hohe. Mit dem Tage, an welchem der erste reichliche Regen von 20 Kubikzoll fiel, dem 7. Mai, war die Epidemie unter den Soldaten der Garnison wie abgeschnitten. Verf. führt nun aus, dass die organischen Bestandtheile der Atmosphäre, wozu die sehr feinen Sporen von Algen und Pilzen aller Art gehören, sich zahllos in der Luft befinden (er berechnet pr. pr. $37^1/_2$ Millionen Sporen etc. auf ein Luftquantum von 2500 Liter, welches in 8 Stunden von den Lungen eines Menschen eingeathmet wird) und in derselben verbleiben, bis ein Regenguss sie niedergeschlagen hat. Dazu kommt die hohe Bodentemperatur, welche die Keimung, Fäulnis und Zersetzung der organischen Substanzen in hohem Grade steigert. Das Einathmen dieser Stoffe bei mehrstündigem Exerciren auf sehr staubigem Boden hat nun nach Verf.s Ansicht bei den beiden bezeichneten Bataillonen die übergroße Zahl der Lungenentzündungsfälle erzeugt, während die viel geringer befallenen sieben anderen Truppentheile an weniger staubigen Orten ihre Übungen gemacht hatten.

Die Beobachtungen des Verf.s, zusammengehalten mit denen von Köhnhorn, bestätigen somit dessen Anschauungen von der Entstehung der Pneumonie und fügen noch ein ganz specielles ätiologisches Moment, das massenhafte Einathmen von Pilzsporen, hinzu.

Leo (Bonn).

---

288. **Epstein** (Prag). Diarrhoe bei Kindern.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 30.)

Die Diarrhoe, so sagt E., ist uns ein Symptom für verschiedene Erkrankungen; sie kann sowohl das Anzeichen eines Darmkatarrhs sein, als auch der Ausdruck eines Allgemeinleidens, z. B. die chronische Diarrhoe bei skrofulösen und rhachitischen Kindern. Die Diarrhoe zerfällt in verschiedene Formen und Grade. Sie tritt auf beim Darmkatarrh, der sich auf eine Dyspepsie, d. h. eine Ernährungsstörung, bedingt durch ungeeignete Nährmittel oder durch abnorme Beschaffenheit der Sekrete des Magens und Darms, zurückführen lässt; ferner unterscheiden wir einen akuten und chronischen Darmkatarrh, welch ersterer auch Cholera infantum heißt; endlich kommt bei Kindern die Enteritis follicularis, eine Dysenterie wie bei Erwachsenen vor. Die Dyspepsie macht sich vorerst durch Erbre-

chen bemerkbar: Das Kind erbricht häufig. Wohl ist davon das »habituelle Erbrechen« der Säuglinge zu unterscheiden. Bei der Dyspepsie erbricht das Kind zu verschiedenen Zeitpunkten nicht abhängig von dem Augenblick der Nahrungsaufnahme; die erbrochenen Massen sind nicht wie beim habituellen Erbrechen reine Milch, sondern käsige Klumpen; während ferner beim habituellen Speien das Kind leicht, schmerzlos erbricht, verzieht es bei der Dyspepsie weinend, schmerzlich das Gesicht; weiterhin ist der Stuhl abnorm, ist halbflüssig, grünlich verfärbt, weiße Massen von unverdauter Milch enthaltend (»gehackter Stuhl«), das Kind ist unruhig, kolikartige Schmerzen quälen.

Die Dyspepsie muss wegen der drohenden Folgeerscheinungen gleich behandelt werden; hierbei dient als Hauptangriffspunkt die Ernährung des Kindes, indem darauf zu achten ist, dass der Säugling nicht zu häufig und nicht unregelmäßig an die Brust gelegt werde, damit derselbe nicht überfüttert wird. Medikamentös wendet man an und zwar immer nach dem Trinken Natr. hydrocarb. (0,5 : 50,0) oder Aq. calcis oder Acid. mur. dilut. gutt. decem.: Aq. dest. 50,0; gegen die Kolikerscheinungen Umschläge von kaltem Wasser, Massage des Unterleibes, Ol. foenic. etc. Gegen den akuten Darmkatarrh oder Brechdurchfall der Säuglinge empfehlen sich einige Tage lang ganz indifferente Nahrungsmittel, z. B. Eiweißwasser, eine abgekochte Lösung von Eiweiß und Wasser, welche vorher filtrirt worden ist; medikamentös: Magnes. benzoic.; Alkohol, Aq. dest. (2 : 1 : 100), guten Wein oder Kognak, einige Tropfen desselben dem Medikamente zugesetzt.

Prior (Bonn).

---

289. **Epstein.** Icterus neonatorum.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 29.)

Unter Icterus neonatorum verstehen wir eine Erkrankung, welche sich durch die Ansammlung eines Pigmentes der Galle in den Geweben des Körpers, in seinen Se- und Exkreten charakterisirt. E. verwirft den von verschiedenen Seiten aufgestellten physiologischen Icter. neonator., welcher aus dem Roth der Hautdecken der Neugeborenen hervorgehe, weil gerade die schwächlichen Kinder diese Gelbfärbung zeigen, während viele gesunde Kinder sie nicht zeigen; nur einen pathologischen Ikterus nimmt E. an. Weiterhin wird diese Gelbsucht eingetheilt je nach der Intensität in eine lokalisirte und eine allgemeine, je nach der Art des Ausganges in eine gutartige und eine maligne. Als Ursachen der Gelbsucht gelten: Verbildungen in den Gallenwegen, interstitielle Hepatitis. Bei älteren Kindern sind mitunter Fälle beobachtet worden, wo die Krankheit durch Einwanderung von Spulwürmern in die Gallengänge entstanden war. Endlich sind speciell unter Kindern Ikterusepidemien beobachtet worden, ohne dass eine wissenschaftliche Erklärung gefunden ist. Die Häufigkeit

des Ikterus beträgt nach E. 40%, andere geben sogar 80% an. Die Farbennuance schwankt von intensiv Strohgelb bis zum Orangeroth. Die Conjunctiva ist eben so häufig nicht gelb verfärbt und daher von minder diagnostischem Werth; überhaupt unterscheidet sich der Icterus neonat. wesentlich von dem der Erwachsenen: Der Puls ist nicht verlangsamt, keine Schmerzhaftigkeit, keine merkliche Schwellung der Leber tritt auf; keine Verdauungsbeschwerden, keine Verstopfung, keine Veränderung in der Farbe der Stühle lässt sich auffinden; eben so ist der Harn ungemein verschieden von dem Harne erwachsener Ikterischer: in ihm finden wir in den allermeisten Fällen kein Gallenpigment. Dagegen finden wir in dem Körpergewebe der ikterischen Kinder ein körniges Pigment, aus unregelmäßigen Schollen, aus rhombischen Prismen und Nadeln bestehend, besonders häufig und zahlreich in den Nieren, weniger in der Leber, im Blut, in der Herzbeutelflüssigkeit, im Harn. Bei der katarrhalischen Form ist dies bei Erwachsenen niemals beobachtet worden. Einmal fand E. bei einem Erwachsenen, der jedoch an Pyämie starb, Gallenpigment in den Nieren. Auch der Verlauf der Krankheit ist unterschieden: bei den Kindern hält sie einen gewissen Typus ein; die Erkrankung beginnt am 2. oder 3. Tage und endigt am 8.—10. Tage, selten bis in die 4. Lebenswoche reichend.

E. verwirft das Zurückführen des Ict. neonat. auf katarrhalische Basis ganz entschieden; ferner hegt er nicht die Ansicht derer, die einen hepatogenen Ursprung annehmen, noch die derer, welche einen hämatogenen befürworten, welch letztere sagen: »Während der Geburt treten unter der Haut Hämorrhagien auf und im Leben verwandeln sich diese Blutextravasate, und zwar das Hämoglobin derselben in Bilirubin.« Wir sagen daher nur, dass bei neugeborenen Kindern gewisse Bedingungen vorhanden sind, vermöge deren in den ersten Lebenstagen eine Veränderung im Blute vor sich geht. Erwiesen ist nach E., dass das Blut in den ersten Tagen sehr reich an Hämoglobin ist, die Zahl der Blutkörperchen sich stark vermindert, das Blut der Neugeborenen specifisch schwerer ist, als in späterer Zeit, welcher Umstand auf das Zugrundegehen von Blutkörperchen hindeutet. Es ist wahrscheinlich, dass verschiedene Erkrankungen die reichliche Bildung des Pigmentes zur Folge haben, z. B. wenn die Kinder schlecht genährt sind, sich in verdorbener Luft befinden, inficirt werden. Unter solchen Verhältnissen können wir ikterische Kinder niemals als gesund betrachten und gerade hier finden wir häufig ikterisch werden, zumal wenn die Kinder schlecht saugen und Hunger leiden. Die Therapie bedarf nach E. nicht der Laxantien.

Prior (Bonn).

290. Krohn (Berlin). Versuche über die Verwendbarkeit einiger Kindernahrungsmittel. (Aus der Poliklinik des Herrn Dr. A. Baginski.)

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Hft. 9 u. 10.)

Opel's Nährzwieback: Derselbe wurde bei einer größeren Anzahl von Kindern angewandt; 4 Fälle werden ausführlicher mitgetheilt. Sie betrafen Kinder von 10, 3, $10^1/_2$ und 11 Monaten. Dieselben bekamen das Gebäck während 1 Monat, 9 Wochen, 6 Monaten und $3^1/_2$ Wochen und nahmen in dieser Zeit um 550, 450, 810 und 700 g zu. Die Zahl der Zwiebäcke betrug bei den drei älteren Kindern 3, bei dem 3monatlichen 2 pro die. Wie viel Milch nebenbei gereicht wurde, ist nicht angegeben. Drei der Kinder waren rhachitisch, zwei litten an skrofulöser Otitis media. Überall wurde der Zwieback gern genommen, niemals traten dyspeptische Erkrankungen unter seinem Gebrauche auf, im Gegentheil hörten wiederholt Diarrhoe und Erbrechen auf. Die Rhachitis verschlimmerte sich in keinem Falle.

Das Endurtheil des Verf. lautet:

1) Opel's Nährzwieback ist für Kinder von $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr als Nahrungsmittel (zur Kuhmilch hinzugesetzt) brauchbar.

2) Derselbe kann auch ohne Nachtheil rhachitischen Kindern verabfolgt werden; daher ist er bei Rhachitis sogar ein empfehlenswerthes Nahrungsmittel.

3) Dessgleichen ist er für Kinder, welche zur Dyspepsie, Gastro- oder Enterokatarrhen neigen, ein empfehlenswerthes, zeitweiliges Ersatzmittel für die Kuhmilch und andere Nahrungsmittel.

Asch (Straßburg).

---

291. Dieulafoy. Études sur quelques troubles de la maladie de Bright. Untersuchungen über einige Störungen in der Bright'schen Krankheit.

(L'union méd. 1882. No. 106.)

D. bespricht zunächst ein von ihm bei Morbus Brightii öfters beobachtetes Symptom, die Pollakiurie. Er bezeichnet mit diesem Namen, zum Unterschied von Polyurie, den häufigen Drang zum Uriniren, der von der Menge des secernirten Harnes unabhängig ist und sowohl bei vermehrter als bei verminderter Urinmenge vorkommt. D. unterscheidet drei Formen dieser Erscheinung: Die frühzeitige, die spät eintretende und die schmerzhafte Pollakiurie. Erstere ist zuweilen anscheinend das einzige Symptom einer beginnenden Bright-schen Krankheit, oft ist sie begleitet von Nasenbluten, Kopfschmerz, Albuminurie, Anfällen von Oppression, Polyurie, schmerzhaften Krämpfen, Herzklopfen, Ödemen, Störungen des Gesichts- und Gehörssinnes etc. In anderen Fällen erscheint die Pollakiurie im weiteren Verlauf eines Morbus Brightii (2. Form). Die 3. Form, die schmerz-

hafte Pollakiurie hat D. besonders bei Frauen beobachtet. Die jedes Mal entleerte Harnmenge ist bei dieser Form sehr gering; nach beendigter Entleerung entstehen Schmerzen, die nach D. auf Tenesmus des Blasenhalses oder Krampf des Sphinkter bezogen werden müssen. Für alle 3 Formen der Pollakiurie führt D. eigene Beobachtungen an. Er glaubt, als Ursache derselben eine übermäßige Erregbarkeit der Blasenmuskulatur ansehen zu müssen; während die Polyurie eine Störung der Sekretion darstellt und die Nieren angeht, ist die Pollakiurie eine Störung der Exkretion. Die schmerzhafte Form entsteht, wenn die Muskulatur des Blasenhalses und der Sphinkter afficirt ist, die beiden anderen Formen, wenn sich die abnorme Erregbarkeit auf die Muskulatur des Blasenkörpers beschränkt. Wie dieses Symptom entsteht, ob durch Reflex oder durch die Einwirkung des in seiner Zusammensetzung veränderten Urins auf die Blasenschleimhaut, wagt D. nicht zu entscheiden. Dagegen hält er es für ein sehr beachtenswerthes Symptom, das immer den Verdacht auf Morbus Brightii erwecken muss, wenn es sich nicht durch andere Ursachen (Cystitis, Steinbildung, Hypertrophie der Prostata etc.) erklären lässt.

Als zweites seltenes Symptom bei Bright'scher Krankheit beschreibt D. das ebenfalls besonders bei Frauen beobachtete Hautjucken, welches er in 3 Formen auftreten sah: 1) als eine, dem gewöhnlichen Pruritus ähnliche Form, aber ohne jede Eruption auf der Haut und an keine bestimmte Hautpartie gebunden, 2) als ein Gefühl, wie wenn Haare auf der Haut lägen, besonders an Brust und Nacken, 3) als ein Gefühl von Kitzel, wie es durch Insekten, Ameisen etc. hervorgebracht wird. Dieses Symptom kann in jeder Phase des Morbus Brightii auftreten und glaubt D. nicht, dass der durch die Haut ausgeschiedene Harnstoff dabei in kausaler Beziehung eine Rolle spielt.

Ein drittes, bisher nur von D. beobachtetes, resp. von ihm in Beziehung zum Morbus Brightii gebrachtes Symptom ist das Gefühl des abgestorbenen Fingers. »Die Kranken klagen über Ameisenkriechen, Schmerzen, Krämpfe in den Fingern; zuweilen wird die Spitze der Finger blutleer, bleich, gefühllos. Dieser Zustand dauert einige Minuten bis zu einer halben Stunde und kommt anfallsweise wieder. Man beobachtet dieses Symptom selten an den Zehen; oft ist der eine, oft der andere Finger ergriffen, selten alle einer Hand; zuweilen besteht Symmetrie.« Auch dies Symptom ist an keine Epoche des Morbus Brightii gebunden, nicht selten kommt es im Anfangsstadium vor.

Da, wenn nicht Scharlach oder akute Nephritis vorhergegangen sind, Morbus Brightii sich oft ohne auffallende Erscheinungen sehr langsam entwickelt und die charakteristischen Symptome (Ödeme und Albuminurie) nicht selten erst spät eintreten, so glaubt D., dass seine Beobachtungen für eine frühzeitige Diagnose der in Rede stehenden Krankheit von Werth sind.

Brockhaus (Godesberg).

292. Platz. Du traitement de la névralgie sciatique. Über die Behandlung der Ischias.

(Journ. de thérapeutique 1882. No. 11.)

P. hat in hartnäckigen Fällen von Ischias von der kombinirten Anwendung des konstanten Stromes und der schottischen Dusche (abwechselnd kalte und warme Dusche, letztere bis zu 55—60° C.) gute Erfolge gesehen, und es ist nach ihm dabei von der größten Wichtigkeit, dass die Dusche direkt nach der elektrischen Sitzung applicirt wird. Er glaubt, dass die Dusche allein in den Fällen von (rheumatischer) Ischias erfolgreich ist, wo es sich um Hyperämie und ödematöse Schwellung des Neurilemms mit Kompression des Nerven handelt; vielfach fehlen aber diese, die neuralgischen Schmerzen erklärenden Momente und es bleibt nur übrig, als Grund derselben eine Überreizung der sensibeln Nerven anzunehmen, die vielleicht ihrerseits auf abnorme Erregbarkeit, auf Veränderungen in der molekularen Anordnung oder auf Verschiedenheiten der Dichtigkeit und Spannung im elektrotonischen Zustand des Nerven zurückzuführen sind. Solche Fälle eignen sich für die elektrische Behandlung allein, wie für die Kombination dieser mit der hydrotherapeutischen. Nach P. kann man mit ab- oder aufsteigendem Strome Heilung erzielen, doch hat ihm ersterer die besten Resultate gegeben. Ferner hat er gefunden, dass Neuralgien viel leichter einem sehr dichten Strom von schwacher Spannung als einem Strom von großer Intensität weichen; gewöhnlich genügen 18—24 Elemente vollständig. Die Dichtigkeit des Stromes hängt ab von der Größe der Elektroden; sie ist an beiden Polen gleich, wenn letztere gleich groß sind. Sind sie von verschiedener Größe, so ist die Dichtigkeit am stärksten unter der kleinen Elektrode. »Will man den Ischiadicus vom Rückenmark bis zur Kniekehle elektrisiren, und einen möglichst dichten Strom auf den Nerven, speciell auf die schmerzhaften Punkte, einwirken lassen, so muss man auf den Plexus sacralis eine breite und auf den Nerv in seinem Verlauf eine viel kleinere Elektrode aufsetzen; will man einen Strom durch den Nerven in seiner ganzen Länge, vom Plexus bis zur Achillessehne gehen lassen, so sind zwei breite Elektroden von gleicher Größe anzuwenden, da dies das einzige Mittel ist, den Strom gehörig in die Tiefe dringen zu lassen.«

Zum Schluss erörtert P. die verschiedenen Theorien zur Erklärung der Wirksamkeit des elektrischen Stromes auf die Neuralgien, worüber das Nähere im Original nachzusehen ist. Obwohl er die Methode von Brenner (Anode auf den schmerzhaften Punkt, Katode an eine indifferente Stelle, besonders das Sternum) für sehr gut und wirkungsvoll hält, sind doch die mit der von ihm geübten Methode erzielten Resultate so vorzügliche, dass er keinen Grund gehabt hat, von derselben abzuweichen. **Brockhaus (Godesberg).**

293. **H. Schulz.** Das Eukalyptusöl, pharmakologisch und klinisch dargestellt.

Bonn, **M. Cohen & Sohn,** 1881.

I. Unter den Eigenschaften des Eukalyptusöls sind es besonders die saure Reaktion und der intensive Geruch, die Sch. zu einer besonderen Behandlung des Präparates veranlassten. Die saure Reaktion wurde verändert durch Schütteln des Öls mit Sodalösung, und bei dieser Manipulation war auch schon der Geruch weniger unangenehm, das Stechende desselben abgeschwächt worden. Das Öl wurde aber erst dieser scharfstoffigen Eigenschaft ganz verlustig, nachdem es zwei Monate lang dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt war und dabei durch häufiges Schütteln reichlich mit dem Sauerstoff der Luft in Berührung gebracht war. Der Geruch wurde dadurch angenehm und der Geschmack so, wie ihn andere ätherische Öle besitzen. Dieses verbesserte Öl wurde zu allen Arbeiten benutzt.

II. Enthält das Öl von Eucalyptus globulus Cymol?

Zuerst wurde von Cloëz aus dem rohen Öl der Eukalyptusblätter durch Destillation das Eukalyptol gewonnen, ein Körper von der Zusammensetzung $C_{12}H_{20}O$.

Dagegen behaupteten Faust und Homeyer, dass das von Cloëz als einfacher Körper angesprochene Eukalyptol das Gemenge eines Terpens mit Cymol sei, und zwar betrage der Cymolgehalt desselben 30 Procent. Nach ihnen würde das Eukalyptusöl bestehen »1. aus einem Terpen (Siedepunkt bei 150—151° C.) mit Jod Cymol bildend und nur in geringer Menge im Öl enthalten; 2) aus einem bei 172—175° C. siedenden Terpen; 3) aus Cymol und 4) aus einem sauerstoffhaltigen Körper, der zum Cymol in naher Beziehung steht (kampherähnliche Substanz).

Da nun Cymol (Ziegler) im Organismus Erscheinungen eines Giftes macht, so ist die Frage nach der Anwesenheit des Cymols von principieller Wichtigkeit; und da bei der Lage der Siedepunkte in gleicher Höhe für Cymol und Eukalyptol die Trennung beider Körper durch Destillation unmöglich wird, so schlug Sch. den Weg ein, durch Versuch die Gegenwart des Cymols festzustellen. Cymol wird im Thierkörper zu Cuminsäure und deren Gegenwart ist im Harne nachweisbar.

Demgemäß untersuchte Sch. zuerst nochmals das Verhalten reinen Cymols im Organismus, zweitens die Frage, ob Terpen für sich im Organismus Cuminsäure bildet, drittens die Einfuhr einer Mischung von Cymol mit Terpen, und endlich des Eukalyptusöls selber. Die Versuche sind sowohl an Hunden, die mit Eukalyptusöl am Menschen angestellt.

Nach Fütterung von Cymol erschien Cuminsäure. Auffallend war dabei der Umstand, dass Verf. wiederholt nur Spuren von Cuminsäure erhielt.

Für das Terpen bleibt es nach Sch.'s Versuchen in Überein-

stimmung mit Nencki »mindestens zweifelhaft, ob das Terpen bei seinem Durchgang durch den Organismus Cuminsäure bildet, wenn man nicht diese Frage völlig verneinen will«.

Bei gleichzeitiger Anwesenheit von Cymol und Terpen geht auch die Cuminsäurebildung in nachweisbarem Maße vor sich.

Verf. hat selbst Eukalyptusöl in großen Dosen (bis 18,0) eingenommen, ohne mit Bestimmtheit die Frage nach der Umwandlung desselben im Körper lösen zu können:

»Die aus dem Harne isolirten Verbindungen gleichen noch am meisten denjenigen, die bei Terpenversuchen gewonnen wurden, was sie aber eigentlich waren, das zu entscheiden reichte ihre Menge bei Weitem nicht aus.«

III. Das Verhalten des Eukalyptusöls gegenüber den Vorgängen der Gährung und der Fäulnis.

Sch. theilt zunächst mit, in welcher Weise Siegen seine Versuche über die fäulniswidrige Wirkung des Eukalyptols angestellt, und Vergleiche mit derselben Wirkung des Chininum chinicum angestellt hat. Eine Wiederholung dieser Versuche lieferte ein ähnliches Resultat, nämlich: dass die mit Eukalyptol versetzten Emulsionen die Fäulnis weit mehr verhindern, als die anderen. Die gleichen Resultate ergaben Versuche über die Fäulnis von Muskelfasern, Blut, Lösungen von Tannin oder Weinsäure. Kontrollversuche, die Sch. mit 0,01%igem Eukalyptol und 0,01%iger Karbolsäurelösung anstellte, ergaben ebenfalls die stärkere fäulniswidrige Energie auf Seiten der Eukalyptollösung.

Verf. hebt aber besonders hervor, dass zu diesen Versuchen das mit Sauerstoff beladene Öl benutzt werden muss, das frisch aus den Blättern destillirte Präparat liefert die Erscheinungen nicht.

Anlangend die »gährungswidrige« Kraft fanden Siegen und Mees, dass Eukalyptol und Eukalyptusöl als solches die alkoholische Gährung bedeutend stärker herabsetzt, als Chininum muriaticum. Es erhellt aus alledem, dass die antiseptische und antizygmotische Eigenschaft des Eukalyptols die des Phenols übertrifft, zumal wie Verf. besonders hervorhebt, die Wirkung des Phenols durch seine Löslichkeit in Wasser außerordentlich gefördert wird.

IV. Der Einfluss des Eukalyptusöls auf die geformten Elemente des Blutes.

Die rothen Blutkörperchen werden durch Eukalyptusöl in ihrer Durchsichtigkeit und Gestalt verändert und schließlich aufgelöst. Säugethierblut mit Eukalyptusöl geschüttelt wird dunkel und gesteht zu einem Coagulum.

Das Leben der weißen Blutkörperchen wird durch Eukalyptusöl wesentlich geschädigt, ihre Beweglichkeit und ihre Fähigkeit, die Gefäßwände zu durchdringen hört auf, es ergiebt sich daraus, dass das Präparat in beträchtlichem Maße die Eiterbildung hintanhält.

V. Verhalten der Milz unter der Eukalyptuswirkung.

Aus den Beobachtungen Mosler's ergiebt sich, dass das Öl in ähnlicher Weise wie Chinin auf die Milz wirkt. Er konnte wiederholt die Verkleinerung des Organes unter Anwendung des Öls konstatiren. Veränderungen der Milz in Konsistenz und Verhalten der Oberfläche (Granulirung etc.) sah Mosler nur in gleicher Weise durch Einwirkung der Elektricität oder des Chinins eintreten. Auch von Schlaeger sind diese Versuche bestätigt worden und es unterliegt demnach keinem Zweifel, dass auch die glatte Muskulatur der Einwirkung des Eukalyptusöls unterliegt.

Es beziehen sich diese Beobachtungen sowohl auf die Einbringung des Öls in die Blutbahn, wie die Verabreichung desselben per os.

VI. Herz, Blutdruck und Respiration unter dem Einfluss des Eukalyptusöls.

Nach den bereits vorliegenden Versuchen von Schlaeger, Gimbert, Siegen erfährt Herzthätigkeit und Blutdruck durch das ätherische Öl eine Herabsetzung; sowohl beim Warm- wie Kaltblüter. Schulz bestätigt diese Resultate und findet, dass Hand in Hand mit der abnehmenden Aktion des Herzens auch die Verlangsamung der Athemfrequenz geht. Das Dunkeln des Blutes würde sich erklären daraus, dass durch beide genannte Momente das arterielle Blut sich mehr dem venösen Zustande nähert. Es entspricht dieser Symptomenkomplex der depressorischen Wirkung des Öls auf die Centren.

VII. Die Wirkung des Eukalyptusöls auf das Nervensystem.

»Die allgemeine Wirkung des Eukalyptusöls auf das Nervensystem ist als eine Depression anzusprechen;« ganz analog der des Terpentin. Die Depression bezieht sich eben so wohl auf Rückenmark wie Gehirn (Apathie). Sch. hat bei seinen Versuchen an Thieren nie etwas von krampfmachender Wirkung gesehen; hat auch wie Grisar die Brucinwirkung durch Eukalyptusöl paralysirt. Einstweilen ist daraus nicht zu schließen, dass das Öl für Fälle von excessiver Erregung der reflektorischen Centren therapeutisch Werth habe.

VIII. Das Verhalten niederer Thiere unter dem Einfluss des Eukalyptusöls.

Verf. giebt eine Übersicht der Erfahrungen und Berichte, welche vorliegen über das Benehmen niederer Thiere, Insekten wie Eingeweidewürmer etc. gegen dies ätherische Öl. Seine eigenen Versuche erstrecken sich auf Paramecien, Würmer (Trichinen und Hirudo), von den Arthropoden: Astacus fluviatilis, Epeira, Perla, Blatta, Bombus, Musca, von den Weichthieren: Limax, von Fischen: Leuciscus. Bei den Avertebraten sind durchgehends zwei Stadien zu beobachten, das der Erregung und das der Lähmung. Möglicherweise ist bei den Arthropoden die Erregung erklärlich aus dem sensiblen Reiz, welchen die Öldämpfe in den Tracheen oder auf die Gewebe ausüben. Bei den Fischversuchen tritt eine sehr hochgradige Dyspnoe zur Erschei-

nung, welche wohl darauf beruht, dass die im Wasser suspendirten Theile des Öls den absorbirten Sauerstoff für sich in Anspruch nehmen.

Für die Amphibien konnte Sch. die Erfahrungen Gimbert's bestätigen, dass unter zunehmender Verlangsamung der Respiration und der Herzthätigkeit und unter den Symptomen allgemeiner Lähmung der Tod eintritt.

IX. Innere und äußere Allgemeinwirkung des Eukalyptusöls beim gesunden Menschen.

Verf. erwähnt die Versuche von Gimbert und von Seitz und beschreibt die an sich selber angestellten. Zuerst nahm er selbst vier Wochen lang täglich 20 Tropfen des angesäuerten Öls mit etwas Milch. Er stieg allmählich zur Dosis von 3,0, ja sogar 10,0. Niemals wurde dabei die geringste Alteration der Darmthätigkeit beobachtet. Die nach großen Dosen beobachtete Apathie hat nicht den Charakter des Unangenehmen.

Daran schlossen sich Versuche über die äußere Applikation. Dieselben ergaben zunächst einen sehr gewaltigen Unterschied für das unverarbeitete Öl und solches, welches nach der Sch.'schen Methode verändert war. Durch diese verliert das Präparat seine reizenden Eigenschaften.

X. Die Ausscheidung des Öls aus dem Körper. Verhalten von Darm und Nieren.

Lunge und Darmkanal sind als die bevorzugten Wege der Exkretion des Eukalyptusöls anzusprechen. Die Ausscheidung erfolgt langsam. Ausscheidung durch die Haut hat Sch. nicht durch den Geruch bestätigen können. Etwa auftretendes Erbrechen oder Unbequemlichkeit im Magen ist nicht dem Präparate selber zur Last zu legen. Im Gegensatz zum Terpentin wird es außerordentlich gut vertragen.

Dem Harn theilt das Öl ähnlich wie Terpentin Veilchengeruch mit. Aber es kann sich hierbei nur um die Überführung sehr kleiner Mengen der betreffenden Substanzen in den Harn handeln. Von besonderer Wichtigkeit ist der Umstand, dass die Nierensubstanz selbst nicht afficirt wird.

XI. Die Körpertemperatur unter dem Einfluss des Eukalyptusöls.

Weit mehr als Chinin vermag das Eukalyptol die normale Temperatur herabzudrücken. Eine Steigerung der Temperatur hat Sch. niemals beobachtet; durch Anwendung von 1,0 gelang es bei einem Kaninchen die Temperatur dauernd niedriger zu halten.

(Fortsetzung folgt.)

Kasuistik.

294. M. Zeissl. Unterbindung der linken Carotis communis, gefolgt von rechtsseitiger Parese und Aphasie; Heilung.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 30.)

Wegen Phosphornekrose wurde die Resektion der linken Unterkieferhälfte ausgeführt bei einem älteren, kachektischen Manne; wegen öfterer Blutung wurde die Unterbindung der Carot. commun. sin. nöthig. Sofort stellten sich kurzdauernde Zuckungen aller Extremitäten ein, auf welche eine tiefe Ohnmacht folgte. Am nächsten Morgen traten wiederum klonische Krämpfe ein, stärker links wie rechts; die Zunge konnte nicht vorgestreckt werden. Nachmittags war die rechte obere und untere Extremität paretisch, der Kranke konnte gar nicht mehr schlucken, der Harn nicht spontan entleert werden. Das Gebiet des Facialis und die rechte Velumhälfte waren deutlich gelähmt. Die Sprache war sehr schlecht, die ganze rechte Körperhälfte hochgradig hyperästhetisch. Am folgenden Tage vermochte Pat. gar nicht zu reden, selbst vorgesprochene Worte konnte er nicht nachsagen. An diesem und den nächsten Tagen traten epileptiforme Anfälle auf. Die Sprache war fast immer unverständlich, die rechte Pupille seit dem ersten Anfall wesentlich weiter wie die linke, die Lähmungserscheinungen der rechten Körperhälfte bald schwächer, bald stärker ausgeprägt. Am 7. Tage nach der Unterbindung ist die Sprache wieder ganz normal, die Parese vollständig geschwunden.

Prior (Bonn).

295. Cerf (Alzey). Ein Fall von cirkumskripter linksseitiger Konvexitätsmeningitis. Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität und akute Miliartuberkulose der Lunge bei einem Kind.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

Mädchen von 2 Jahr 8 Monaten hat vor 7 Monaten einen schweren 3monatlichen Keuchhusten durchgemacht, und kränkelt seit jener Zeit fortwährend, ist auch schnell abgemagert. Die Untersuchung am 27. Februar 1882 ergab: Graciles, abgemagertes Kind. Stimmung sehr gereizt. Links oben vom Perkussionsschall etwas abgeschwächt. Vergrößerung der Leber und Milz. Das Kind soll öfter irrreden. Temperatur 38,3 in ano. Puls 130.

Am 1. März heftiger Kopfschmerz. Am 4. März Temperatur 39,5. Über den Lungen überall kleinblasige Rasselgeräusche. Am 5. März Stat. idem. Temperatur 39,7. Puls 140. Am 6. März Temperatur 39,5. Abends kann die Pat. nicht mehr gehen und hat die Sprache verloren, so dass sie nur noch Mam-Mam sagen kann.

7. März Temperatur 39,5, rechtsseitige Hemiplegie, Arm und Bein liegen ruhig gestreckt da, während das linke Bein gebeugt ist. Links keine Lähmung, doch sollen hier Konvulsionen bestanden haben. Rechts an Arm und Bein Sensibilität, sowohl Tast- als Schmerzgefühle vernichtet, Reflexe bedeutend abgeschwächt. Facialis intakt. Zähneknirschen. Am 9. März Tod.

Sektion ergiebt Miliartuberkulose beider Lungen, Bronchialdrüsenverkäsung, Bronchopneumonie, Kaverne im linken Oberlappen, Tuberkulose der Milz und linken Niere, Amyloidleber.

Pia mater über dem vorderen Theile des linken Scheitelhirns in Form eines halbkreisförmigen Fleckes, von vorn nach hinten 4 cm, vom medialen Rand der Hemisphäre lateralwärts von ca. 3 cm milchig getrübt, verdickt; im Verästelungsbezirk einer Vene eine Anzahl miliarer Tuberkeln; um die Vene und deren Scheide ein gelber eitriger Saum. Mediale Fläche gegen den Gyr. fornicatus zu frei. In der rechten Hemisphäre unter der Pia des Scheitellappens ein erbsengroßer käsiger Knoten. Hirnbasis frei: Hirnödem.

Dieser seltene Fall einer einseitigen cirkumskripten tuberkulösen Meningitis der Konvexität ist noch von besonderem Interesse für die Lokalisation der Rindenfunktionen. Es wurden hier Motilität, Tast- und Schmerzempfindung, so wie die

Reflexe in den gegenüber liegenden Extremitäten vernichtet durch einen cirkumskripten entzündlichen Herd der Pia und Rinde des linken Scheitellappens oder genauer durch Läsion der oberen kleineren Hälfte des Gyr. centr. ant. und post., des hintersten Endes des Gyr. frontal. sup. und des Anfangs des Gyr. temp. sup. Also war nach Exner ein großer Theil des absoluten Rindenfeldes für die rechtsseitigen Extremitäten betroffen; das absolute Rindenfeld des Facialis war intakt. Die gleichzeitige Sensibilitätslähmung bestätigt die Annahme Exner's, dass die taktilen Rindenfelder der verschiedenen Körperabtheilungen im Allgemeinen mit den motorischen Rindenfeldern zusammenfallen. **Asch** (Straßburg).

296. Bleicher. Ein Vergiftungsfall in Folge Genusses der unreifen Samenfrüchte von Datura Stramonium.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 32.)

Ein Knabe von 4 Jahren erkrankte plötzlich unter heftigen Konvulsionen. Bei der ersten Untersuchung fand sich fahle Gesichtsfarbe, Augen weit geöffnet, wild rollend, Pupillen ad maximum erweitert, Zunge trocken, Respiration mühsam und unregelmäßig, Puls frequent klein, Temperatur 38,4. Mimische Zuckungen und ununterbrochene schleudernde Bewegungen der Extremitäten und des Rumpfes. Ferner Delirien von bestimmtem Charakter, Rufe nach Pferden, Nachahmung des Pferdewieherns etc.; auf Befragen geben die Kameraden des Pat. an, dass sie »Pferde« gespielt und dem Pat. als »Hafer« kleine Früchte gegeben hätten. Bald nach deren Genuss traten die ersten Erscheinungen auf: heftiges Aufschreien, Konvulsionen.

Nach einer Morphiuminjektion und reichlichem Milchgenuss erbrach Pat. einige Körnchen, die mit den noch in der Tasche des Kleinen befindlichen Früchten übereinstimmten und als die unreifen Samenfrüchte von Datura Stramonium erkannt wurden.

Am andern Morgen war Pat. sehr blass, apathisch, Pupillen noch dilatirt. Respiration ruhiger, Puls kräftiger, langsamer, Temperatur 37,8. Ordination: Jodkalilösung. Am nächstfolgenden Tage war Pat. wieder ganz munter, konnte als geheilt betrachtet werden. **Seifert** (Würzburg).

297. Mayer. Zwei Fälle von Rheumatismus acutus im Kindesalter mit einer eigenthümlichen Komplikation. (Aus der Klinik des Herrn Geh.-Rath Henoch.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 31.)

Hirschsprung hat im vorigen Jahre auf eine eigenthümliche Lokalisation des Gelenkrheumatismus in den Sehnenscheiden in Form von kleinen Tumoren aufmerksam gemacht; zwei Fälle derselben Art theilt jetzt Verf. mit. In beiden wurden an den Gelenken, namentlich an den Stellen von Sehneninsertionen, die kleinen Tumoren beobachtet, zuerst als unbedeutende schmerzlose mehr diffuse Verdickungen, welche sich später in cirkumskripte, halberbsengroße, ziemlich resistente Knötchen umwandelten. In dem ersten Falle traten dieselben zuerst an beiden Kniegelenken am Ansatz des Quadriceps und an den Handgelenken oberhalb des Proc. styloid. ulnae auf, dann auch an beiden äußeren Malleolen, dem rechten Ellbogen oberhalb des Olecranon, in der Gegend der Spin. ilei sup. post. beiderseits und endlich am rechten Schulterblatt. Bei der Sektion (Endokarditis) stellten sich die erwähnten Knötchen als ovale Tumoren von ziemlich derber Konsistenz dar. Sie saßen, umgeben von ödematösem Fettgewebe, an den Aponeurosen der Sehnen und erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung in ihrem Hauptbestandtheile als fibröse Gebilde mit faserknorpligen Beimengungen. Bald prävalirte das eine, bald das andere Gewebe. Das Knötchen an der Scapula zeigte sogar eingesprengte Kalkeinlagerungen. Jedenfalls stellen diese verschiedenen Strukturverhältnisse nur Metamorphosen des ursprünglich fibrösen Baues dar.

Im zweiten Falle, bei dem sich ähnliche Tumoren an beiden Ellbogen, ferner an beiden Handgelenken und endlich am rechten Sternoclaviculargelenk, an der Über-

gangsstelle der Aponeurose des Sternocleidomast. auf das Manubrium fanden, wurden dieselben allmählich kleiner und verschwanden endlich vollständig.

Nach den bis jetzt spärlichen Fällen dieser Art scheinen die Tumorenbildungen eine prognostisch üble Bedeutung zu haben. Die Fälle zeichnen sich alle durch regellosen protrahirten Verlauf mit unvollständiger Heilung aus.

Asch (Straßburg).

298) **Stephanides** (Karlsbad). Ein seltener Fall von Pneumothorax.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 33.)

Ein 28jähriger Mann litt seit seinem 17. Lebensjahre an Magenbeschwerden, die ihn schon in verschiedene ärztliche Behandlung geführt hatten. Schließlich kam er mit der Diagnose: Ulcus ventriculi nach Karlsbad. Dort befand er sich 3 Wochen lang ziemlich wohl, als er bei einem Spaziergang plötzlich sehr heftige Schmerzen auf der Brust und Athemnoth bekam, so dass er rasch nach Hause fahren nnd sich zu Bett legen musste. Bald danach nahm die Athemnoth zu und es stellte sich hochgradige Cyanose ein. Die Untersuchung der Brustorgane ergab einen rechtsseitigen Pneumothorax. Es war wohl zu einer Verlöthung des Geschwürsgrundes im Magen mit dem hinteren unteren Theil des Zwerchfells gekommen und dort die Perforation erfolgt.

Pat. wurde in eine sitzende Stellung gebracht, ihm zuerst alle Nahrung entzogen, damit nicht von Neuem Luft und Speisetheile in die Pleurahöhle gelangen möchten, später reine Milchdiät.

Die genaue weitere Beobachtung zeigte, dass ohne eine Spur von exsudativer Pleuritis der Pneumothorax allmählich zur Heilung kam, wohl durch Resorption der Gase. Die Lunge dehnte sich wieder aus und die Leber rückte in ihre normale Stellung ein.

Interessant ist hier, dass der Pneumothorax auf der rechten Seite entstanden war, während in den Fällen von Burlow und Sturges linksseitiger Pneumothorax beobachtet wurde.

Seifert (Würzburg).

299) **Joffroy.** Chute spontanée de l'ongle des gros orteils chez un malade non ataxique. Spontanes Abfallen des Nagels der großen Zehen bei einem nicht tabetischen Kranken.

(L'union méd. 1882. No. 106.)

Ein 44jähriger Mann wird nach einer heftigen Gemüthsbewegung von Bewusstlosigkeit und 2—3 Stunden dauernden allgemeinen Konvulsionen befallen, welch letzteren 10 Stunden dauernde Delirien folgten. In der Folgezeit entstanden Schmerzen im linken Fuße, die das Gehen beschwerlich machten; später entwickelte sich Steifigkeit des linken Beines und der Fuß nahm Equinusstellung an. Auch traten von Zeit zu Zeit Anfälle auf, welche den oben beschriebenen mehr oder weniger ähnlich waren. Als J. nach 2 Jahren den Kranken untersuchte, fand er Kontraktion der Muskeln der linken unteren Extremität und den linken Fuß in ausgesprochener, beim Gehen noch stärker hervortretender Equinusstellung. Patellarreflex beiderseitig vermehrt; bei Versuchen; den linken Fuß in die richtige Lage zurückzubringen, entsteht epileptoides Zittern, das sich rasch auf die andere Seite ausbreitet. Sensibilität am linken Beine vermehrt, eben so auf der linken Seite des Abdomens. Verlust des Geruchs, erhebliche Verminderung des Geschmacks und der Pharyngealreflexe linkerseits. Stimme und Deglutition normal, eben so Gesichtssinn und Intelligenz. Übermäßige Erregbarkeit. Im Verlauf der letzten 15—18 Monate hatte sich der Nagel der großen Zehen 3mal spontan abgelöst und hatte sich eben so oft wieder regenerirt. Im Moment der Untersuchung fand sich der Nagel wieder in der Neubildung begriffen. Nach J. handelt es sich im vorliegenden Falle vielleicht um eine Sclerose en plaques, jedenfalls aber nicht um Tabes und ist also der spontane Abfall des Nagels der großen Zehen für letztere Erkrankung nicht pathognostisch.

Brockhaus (Godesberg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 22. **Sonnabend, den 9. September.** **1882.**

300. **Bernhardt** (Berlin). Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereich des Plexus brachialis.

(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. IV. Hft. 3. p. 415.)

Erb hat 1874 auf eine Anzahl von Lähmungsfällen an der oberen Extremität aufmerksam gemacht, welche sich durch eine auffallende Übereinstimmung und Gruppirung der gelähmten Muskeln auszeichnen. Es handelt sich um Lähmungen, welche nicht ausschließlich in *einem* dem Plexus brachialis angehörigen Aste sich zeigen, sondern um Formen, in welchen *gleichzeitig* einzelne von den *verschiedenen Ästen* des Plexus innervirte Muskeln gelähmt sind. Die sensiblen Bahnen bleiben meistens frei. Die lähmende Ursache soll die Nerven höher oben im Plexus, wahrscheinlich in einer oder mehreren seiner Wurzeln getroffen haben, wo die *motorischen* Bahnen für die genannten Muskeln noch vereinigt liegen und sich noch nicht für die verschiedenen Nervenstämme vertheilt haben. Von der Lähmung betroffen werden zugleich die Mm. deltoides, biceps, brachialis internus, supinator longus, event. auch brevis und einzelne

Äste des N. medianus, während das Gebiet des Ulnaris immer frei befunden wird.

B. findet in der Litteratur nur 9 Beschreibungen dieser Lähmungsform, welchen er selbst 2 Fälle zufügt; sie zeichnen sich vor den bekannten Veröffentlichungen dadurch aus, dass nicht nur der Infraspinatus, sondern in einem Falle auch der Supraspinatus deutlich gelähmt waren.

Erb machte es wahrscheinlich, dass es speciell der 5. und 6. Cervicalnerv ist, welche an der Bildung der hier in Frage stehenden gelähmten Äste des Plexus brachialis theilnehmen. An der Austrittsstelle des 5. und 6. Cervicalnerven zwischen den Scalenis konnte B. in dem ersten Falle sämmtliche gelähmte Muskeln sowohl mit dem faradischen, wie durch den konstanten Strom erregen, während in dem 2. Falle vollständiges Erloschensein der Erregbarkeit für beide Stromesarten vorhanden war.

Zur Ätiologie führt B. nach Hoedemaker die relativ oberflächliche Lage der geschädigten Nerven an, welche Erkältungseinflüssen leichter ausgesetzt sind, als die tiefer liegenden, von dicken Muskellagen geschützten Nerven; weiterhin können die Ursache abgeben neuritische Processe, Entwicklung von Geschwülsten in dieser Halsgegend, äußere Schädlichkeiten, wie Aufschlagen auf die Schulter und dadurch gewaltsam herbeigeführte Adduktionen; endlich direkte Schädlichkeit durch Stoß etc. auf die verhängnisvolle Stelle.

Ähnliche Lähmungen hat bereits Duchenne beschrieben bei durch Kunsthilfe zu Tage geförderten Neugeborenen; die Finger des z. B. den Prager Handgriff ausführenden Geburtshelfers können in einem von Erb mitgetheilten Falle die schuldige Ursache gewesen sein.

Prior (Bonn).

---

301. **Lubanski.** Études étiologiques sur la fièvre typhoide. Ätiologische Studien über den Typhus.

(L'union méd. 1882. No. 94 u. 95.)

L. ist weder Anhänger der Pettenkofer'schen Grundwassertheorie noch der englischen Doktrin, dass Verunreinigungen des Trinkwassers Hauptursache des Typhus seien. Er legt seinen Erörterungen speciell die Beobachtungen über die während des tunesischen Feldzugs vorgekommenen Typhusfälle zu Grunde. Er ist der Ansicht. dass bei diesen in ätiologischer Beziehung zunächst die Zusammenhäufung und das Zusammenleben so vieler Menschen in einem für die Entwicklung des Typhus sehr disponirten Alter anzusprechen ist; in zweiter Linie kommen Strapazen, Erkältungen, überhaupt Einflüsse. die auch zur Entstehung anderer Erkrankungen Anlass geben können, in Betracht. L. glaubt nicht, dass in allen Fällen von Typhus eine Infektion mit einem specifischen Gift nöthig sei, obwohl er im Allgemeinen an dem infektiösen Charakter desselben fest hält. Daher

sei es auch unnöthig, in jedem Falle einem Infektionsherd nachzuspüren. Er führt 4 Fälle aus seiner Beobachtung an, die für seine Ansicht beweisend sein sollen. **Brockhaus** (Godesberg).

---

302. **Peiper** (Greifswald). Übergang von Arzneimitteln aus dem Blute in die Galle nach Resorption von der Mastdarmschleimhaut aus.

(Zeitschrift für klinische Medicin 1882. Bd. IV. Hft. 3. p. 401.)

Wenn diffusionsfähige Metallsalze, in den Darm gelangt, in die Säfte des Organismus übergehen, so sind es hauptsächlich die Drüsen, welche den fremdartigen Stoff zu eliminiren trachten. Es ist uns hiermit der Weg gezeigt, auf welchem wir im Stande sind, in direkter Weise die physiologische Thätigkeit einer Drüse zu erforschen. So stellte man eine große Reihe von Experimenten an über die Thätigkeit der Nieren, der Schweiß-, Speichel- und Milchdrüsen, indem man in dem Drüsensekret Stoffe, welche dem Versuchsthier einverleibt worden waren, nachzuweisen suchte. Auf diese Weise erhielt man einerseits wichtige Aufschlüsse über die Funktionen der einzelnen Drüsen, anderseits lernte man auch die Veränderungen kennen, welche die in das Blut aufgenommenen Stoffe auf ihrem Wege durch den Körper erleiden.

P. nahm zu demselben Zwecke Untersuchungen des Sekretes der Leberdrüse, der Galle, vor und zwar verabreichte er die Arzneimittel vom Mastdarm aus vermittels Darminfusionen; auf die Weise können die Medikamente, der Einwirkung des Magensaftes entzogen, unverändert resorbirt werden. Frühere Forscher haben bei ihren Untersuchungen die gewählten Stoffe den Versuchsthieren entweder per os verabreicht oder direkt in das Blut injicirt. Die Resultate gewann P. hauptsächlich bei Hunden mit permanenter Gallenfistel. Die Gallenfisteln wurden nach der Methode von Heidenhain angelegt.

Die Versuche wurden angestellt mit folgenden Arzneimitteln:

1) Kalium jodatum.

Jodkalium, per os verabreicht, wurde in dem Lebersekret nachgewiesen durch Cl. Bernard und Mosler. Es gelang Mosler bei einer Pat., welche an einem Leberechinococcus litt und Jodkalium vermittels Darminfusionen erhielt, Jodkalium nachzuweisen in der Echinococcusflüssigkeit, welche durch die Aspirationsspritze entleert worden war. Bei den Versuchen P.'s ergab sich als Resultat, dass das Jodkalium in den ersten 3 Stunden nach der Verabreichung in der Galle nicht nachzuweisen war; der Nachweis gelang erst 6—8 Stunden nach der Applikation. Applicirt wurde Kal. jodat. 5,0 : 300,0 Aq. dest.

2) Natron salicylicum.

Auf Grund der Versuche erhellt, dass Natron salicylicum in kleinen Dosen (0,5) in der Galle nicht nachzuweisen ist, dagegen die Reaktion stärkerer Gaben (3,0) schon nach Ablauf einer halben Stunde gelingt.

3) Acidum carbolicum.

Zu den Versuchen wurden Kaninchen benutzt, da die Hunde, durch Anlegung der Gallenfisteln in ihrem Ernährungszustande stark herunter gekommen, selbst geringe Dosen Karbolsäure nicht mehr ertrugen. Bei den Kaninchen wurde die Gallenblase herausgenommen, nachdem die Thiere einige Stunden nach der Applikation getödtet worden waren. Die Versuche zeigten, dass Karbolsäure allerdings mit der Galle zur Ausscheidung kommt, aber die Menge der auf diesem Wege ausgeschiedenen Karbolsäure eine sehr geringe ist.

4) Ferrocyankalium.

Die Versuche fielen negativ aus.

5) Rhodankalium.

Nach 3 Stunden war das applicirte Rhodankalium (1,0 : 250,0) in der Galle sehr deutlich nachzuweisen.

6) Wasserinfusionen in den Darm.

Gestützt auf die Erfahrungen Mosler's, dass bei Ikterus und Cholelithiasis Wasserinfusionen vorzügliche Resultate geben, stellte P. sich die Frage, wie verhalten sich die flüssigen und festen, organischen und anorganischen Bestandtheile der Galle vor und nach der Infusion von Wasser in den Darm zu einander und von wie langer Dauer ist die Einwirkung einer solchen Infusion. Bei Beantwortung der ersten Frage ergab der Versuch beim Hunde, dass der Wassergehalt der Galle eine Stunde nach der Infusion des Wassers (360 ccm lauwarmes) in den Darm um 2,53% gestiegen war und dass sich mit der Zunahme des Wassers dem entsprechend die festen Bestandtheile verringert hatten und zwar die organischen um 0,31%, die anorganischen um 2,22%. Die Untersuchung, wie lange wohl die Darminfusion auf die Sekretion der Leber einwirke, fand ihre Erledigung in dem Resultate, dass 3 Stunden nach der Infusion von 750 ccm Wasser der Wassergehalt der Galle, gegenüber der normalen Galle, um 8,19% gestiegen war und dem entsprechend eine Abnahme der festen Bestandtheile eingetreten war; nach 6 Stunden betrug die Zunahme des Wassergehaltes nur noch 2,02%, so dass man wohl annehmen kann, dass im Laufe der nächsten Stunde die secernirte Galle der normalen wieder gleich geworden ist.

Als Beitrag zu der theoretischen Begründung erörtert P. den Nutzen der in Rede stehenden Darminfusionen von lauwarmem Wasser durch die Geschichte zweier Krankheitsfälle, von denen die erstere sich auf einen Ikterus bezieht, die letztere auf eine Cholelithiasis. Bei beiden trat der gewünschte Erfolg ein. **Prior** (Bonn).

303. **Hoffer** (Graz). Über das numerische Verhalten der rothen Blutkörperchen bei subkutaner Anwendung von Jodoform.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 28.)

H. stellte seine Untersuchungen über den Einfluss von Jodoform auf das Blut von Kaninchen und syphilitischen Menschen an und benutzte zum Zählen der Blutkörperchen den Apparat von Malassez; die dort angegebenen Zahlen sind die Mittelwerthe von mindestens sieben, gewöhnlich aber zehn Zählungen.

Kaninchen wurde das Jodoform subkutan (0,1—0,5 täglich) in Form einer Ölemulsion injicirt. Die Versuche ergeben, dass die dargereichten Dosen von Jodoform bei Kaninchen jedes Mal Hypoglobulie erzeugen, die je größer ist, je höher die Dosis des Jodoform. Hört die Darreichung des Jodoform auf, so hört auch die Hypoglobulie auf. Die Versuche am Menschen wurden an 2 Pat. mit tertiärer Syphilis angestellt. Das Jodoform wurde subkutan in einer Glycerinemulsion gegeben, 0,5 bis 1,5 g pro dosi.

In beiden Fällen fand, so lange Jodoform gereicht wurde, zuerst eine Zunahme der rothen Blutkörperchen statt, es wurde also die syphilitische Hypoglobulie sistirt und es erreichte die Zahl der rothen Blutkörperchen fast die normale Höhe, um dann, wenn eine größere Menge Jodoform im Körper vorhanden war, wieder zu sinken und tiefer zu sinken, als die zuerst beobachtete Menge. Diese Hypoglobulie ist auf die toxische Wirkung des Jodoform zu beziehen (s. d. Versuche bei Kaninchen). Nachdem einige Zeit Jodoform ausgesetzt wurde, trat wieder eine Zunahme der rothen Blutkörperchen ein. Bei den Syphilitischen gingen die Erscheinungen der Syphilis zurück.

Seifert (Würzburg).

---

304. **Weil.** Zur Lehre vom Pneumothorax.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

Im Schlusse dieser Arbeit wird die Frage nach den verschiedenen Formen des im Verlaufe der Lungenphthise auftretenden Pneumothorax so wie Dauer, Verlauf, Ausgänge und Therapie desselben erörtert. Der im Verlauf der Phthise auftretende Pneumothorax ist nur ausnahmsweise ein offener, in der Regel ein geschlossener Ventilpneumothorax. In 7 unter 33 Fällen handelte es sich um organisch geschlossenen Ventilpneumothorax, in allen übrigen Fällen war die Perforationsstelle anatomisch nachweisbar und für die in die Luftröhre eingeblasene Luft durchgängig. Trotzdem bestand, wie aus dem positiven Druck und den klinischen Zeichen hervorging, bei Lebzeiten keine freie Kommunikation zwischen Pleurahöhle und Bronchialbaum, es war also der Verschluss des Ventilpneumothorax nur ein mechanischer gewesen.

Höhenwechsel des Perkussionsschalles beim Öffnen und Schließen

des Mundes fand sich niemals, auch nicht in 2 Fällen mit offener Lungenfistel. Chemische Analysen des Gasgemenges und manometrische Druckbestimmung des intrapleuralen Druckes bei Lebzeiten wurden nicht ausgeführt. Die Beschränkung der respiratorischen Exkursion auf der kranken Seite spricht für geschlossenen Ventilpneumothorax.

Der Tod trat in nahezu der Hälfte der Fälle im 1. Monat, etwa beim 4. Theil sogar in der ersten Woche ein; andererseits blieb aber doch nicht so selten das Leben Monate, selbst Jahre erhalten. Das Leben bleibt um so länger erhalten, je kräftiger die Individuen und je geringgradiger die Veränderungen der Lungen zur Zeit der Entstehung des Pneumothorax sind.

Nur in einer kleinen Zahl von Fällen (10 von 46) erholten sich die Kranken und blieben lange Zeit in relativ gutem Zustande am Leben, sei es, dass völlige Heilung oder eine Heilung des Pneumothorax in dem Sinne eintrat, dass die Luft verschwand und durch flüssiges Exsudat ersetzt wurde, sei es, dass die Zeichen des Hydro- und Pyopneumothorax in unveränderter Weise fortbestanden. In einem ausführlich beschriebenen Falle trat komplete Heilung ein, zur Zeit der Veröffentlichung dieser Arbeit (1½ Jahre nach Entstehung des Pneumothorax) ist nicht nur der Pneumothorax verschwunden, sondern auch das flüssige Exsudat resorbirt und die Lunge funktionstüchtig. Die auf der Seite des geheilten Pneumothorax sehr deutlich ausgesprochene Lungenaffektion hat auf der andern Seite keine Fortschritte gemacht, es besteht vortreffliches Allgemeinbefinden. In diesem Falle darf ein organischer Verschluss angenommen werden. weil sonst eine Wiederentfaltung der Lunge nicht möglich gewesen wäre. Die Erfahrungen W.'s berechtigen ihn bezüglich der Frage nach dem Einfluss des Pneumothorax auf den Verlauf der Phthise zum Ausspruche, dass in manchen Fällen der Pneumothorax den Verlauf der Phthise keineswegs ungünstig beeinflusst, dass dieselbe vielmehr auch nach Entstehung des Pneumothorax in ihrer Entwicklung nur langsam fortschreiten oder stationär bleiben kann. Bezüglich der Prognose kann man annehmen, dass rechtsseitige Erkrankung gefährlicher ist, als die linke, weil in ersterem Falle dem Kranken (wegen der kleineren linken Lunge) weniger funktionstüchtiges Lungengewebe bleibt, andererseits erscheint aber die Dislokation des Herzens und der großen Gefäßstämme bei linksseitiger Affektion bedeutender als bei rechtsseitiger. Die Qualität des Exsudates kann gleichfalls in Betracht kommen.

Bei Besprechung der Therapie kommt nur die operative Behandlung in Betracht. Die verschiedenen Operationsmethoden sind: 1) Punktion der Luft; 2) Punktion mit Aspiration; 3) Punktion der Flüssigkeit; 4) aspiratorische Punktion der Flüssigkeit (eventuell mit Einbringung verdünnter Salicyllösung; 5) Incision.

Punktion der Luft kann nur dann mehr als einen momentanen Erfolg haben, wenn die Fistel endgiltig verschlossen ist, also beim

organisch geschlossenen Ventilpneumothorax. Die Punktion mit Aspiration scheint dann indicirt, wenn einige Wochen nach Entstehung des Pneumothorax der große oder mittelgroße flüssige Erguss stationär bleibt, ohne dass Resorption der Luft eintritt. Bei Pneumothorax mit mittelgroßem Exsudat wird man mit der einfachen Punktion zum Ziele kommen. Zur aspiratorischen Punktion der Flüssigkeit (und Luft) ist organischer Verschluss der Fistel Vorbedingung. Die Prognose der Radikaloperation ist bei Phthisikern im Allgemeinen ungünstig, nur in 2 Fällen wurde dieselbe vorgenommen. Man kann wohl sagen, dass die Mehrzahl der im Verlaufe der Lungenschwindsucht auftretenden Formen des Pneumothorax für jeden operativen Eingriff schlechte Aussichten bietet. **Seifert** (Würzburg).

---

305. **Ramboldi.** Rapporti morbosi esistenti tra l'apparato orinario e il visivo. Über die Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Harn- und Sehorgane.

(Annali univ. di med. e chir. 1882. No. 3.)

R. bespricht zunächst die Retinitis nephritica. Er zieht diesen Namen der von Andern gewählten Bezeichnung: Ret. albuminurica vor, weil retinitische Processe bei Erkrankungen des Herzens und anderer Organe vorkommen, bei denen sich Eiweiß im Urin findet, ohne dass die Nieren in Mitleidenschaft gezogen sind. Retinitis nephritica kann auftreten im Verlauf aller akuten und chronischen Entzündungen der Nieren und bei amyloider Degeneration derselben, ist aber am häufigsten bei der chronischen Nephritis und zwar in dem Stadium derselben, wo sich Atrophie der Nieren und Hypertrophie des linken Ventrikels ausgebildet hat. R. unterscheidet 3 Stadien der Ret. nephritica: 1) das Stadium der Hyperämie, Entzündung und Infiltration, 2) das Stadium der fettigen Entartung mit Sklerose und Atrophie, 3) das Stadium der Resolution und Atrophie. Letzteres kommt selten zur Beobachtung, da die Kranken meist früher der Nierenerkrankung erliegen. In einzelnen Fällen entwickelt sich gleich das zweite Stadium, ohne dass das erste zur Beobachtung kommt. Bezüglich der Symptome der einzelnen Stadien, des Befundes an den Augen etc., die mehr ophthalmologisches Interesse haben, s. das Original. Die Prognose ist im Allgemeinen schlecht, doch kann eine vollständige Restitutio in integrum eintreten, und zwar wird dieselbe am häufigsten beobachtet bei denjenigen Formen, welche im Verlauf einer akuten Nephritis nach Scharlach, Masern oder während der Schwangerschaft auftreten. Zum Zustandekommen der Netzhautentzündung wirken nach R. zusammen: 1) die veränderte Zusammensetzung des Blutes, 2) die Retention der Stoffe der regressiven Metamorphose im Blute und die durch den Eiweißverlust herbeigeführte Hydrämie, 3) die Hypertrophie des linken Ventrikels und die Vermehrung des

arteriellen Drucks. R. verwirft die Ansicht einiger Autoren, dass auf letzteres Moment das Hauptgewicht zu legen ist, da Ret. nephrit. öfters zu Stande kommt, ohne dass sich Hypertrophie des linken Ventrikels und vermehrter arterieller Druck ausgebildet hat. Nach ihm ist vielmehr die Anwesenheit des Harnstoffs und seiner Zersetzungsprodukte im Blute das Wesentliche, während die übrigen Momente eine untergeordnete Bedeutung haben.

Im zweiten Abschnitt bespricht R. die urämische Amaurose. Dieselbe zeichnet sich aus durch ihr plötzliches Entstehen und Verschwinden; der ophthalmoskopische Befund ist ein rein negativer. Bleibt nach einem solchen Anfall Amblyopie zurück, so ist immer Ret. nephrit. mit im Spiel. Die Pupille verhält sich bei der urämischen Amaurose verschieden; sie ist entweder weit und ganz unbeweglich (diese Fälle geben eine schlechte Prognose) oder es bleibt bei vollständig aufgehobenem Sehvermögen mehr oder weniger normale Reaktionsfähigkeit der Pupille bestehen. Als Ursache dieses verschiedenen Verhaltens nimmt R. an, »dass das Moment, welches die normale Nervenleitung (im vorliegenden Falle vom zweiten zum dritten Gehirnnerven) unterbricht, in verschieden weiter Ausdehnung wirkt oder mehr lokalisirt ist und dass der Ort der Untersuchung dem Centrum näher oder ferner liegt, so zwar, dass derselbe bei erhaltener Erregbarkeit der Pupille im Vierhügel, im andern Falle mehr peripher liegt und eine größere Ausdehnung besitzt«. Das Häufigkeitsverhältnis der urämischen Amaurose zur Ret. nephr. ist nach R's. Beobachtungen 2 : 5.

In Abschnitt 3 erwähnt R. die von Hirschberg beobachtete Panophthalmitis nach septischer Cystitis und eine serös-plastische Form der Iritis nach Gonorrhoe. Dieselbe ist immer doppelseitig, obwohl nicht immer auf beiden Augen in gleicher Weise entwickelt, und von zahlreichen Synecchien begleitet. Meist leiden die Kranken gleichzeitig an Gelenkaffektionen. Diese Form der Iritis unterscheidet sich von der syphilitischen, abgesehen von der Anamnese, durch die geringere Menge der plastischen Transsudate und die größere Langsamkeit der Entwickelung dieser letzteren.

Brockhaus (Godesberg).

---

306. **Franzolini** e **Baldissera.** Del veneficio per solfato di ferro. Über die Vergiftung mit schwefelsaurem Eisenoxyd.

(Annali univ. di med. e chir. 1882. No. 7.)

Die Verf. erörtern im Anschluss an einen näher beschriebenen Fall von versuchter Vergiftung mit schwefelsaurem Eisenoxyd, in welchem sie als Sachverständige auftraten, die Frage, ob letzteres Mittel ein Gift sei und in welcher Dosis es toxisch wirke. In der forensisch-medicinischen Litteratur fanden sie nur ganz vereinzelte Fälle, wo schwefelsaures Eisenoxyd zu Vergiftungszwecken angewendet wurde

und eben so spärlich sind die Beobachtungen über unabsichtliche Vergiftung mit diesem Mittel. Am eingehendsten haben Orfila und Tourdes die Frage studirt und stellen die Verf. die Resultate der bezüglichen Arbeiten dieser Forscher zusammen. Sie selbst haben an Kaninchen und Hunden experimentirt und kommen zu folgenden Schlüssen: Das schwefelsaure Eisenoxydul wirkt, in wässeriger Lösung in den Magen gebracht, viel intensiver als wenn es mit Speisen vermischt in Krystall- oder Pulverform einverleibt wird, so zwar, dass bei der ersteren Darreichungsweise der Tod schon bei einer Quantität des Mittels eintritt, welche, in der zweiten Form angewandt, nur leichte Intoxikationserscheinungen erzeugt. Auf die Schleimhäute der ersten Wege und besonders des Magens übt das schwefelsaure Eisenoxyd eine stark korrodirende Wirkung aus. In letal verlaufenden Fällen trat der Tod unter den Erscheinungen der Asphyxie ein und ergab die Autopsie Hyperämie und Ödem der Lungen, so wie Blutüberfüllung in den Venen und dem rechten Herzen. Der Tod trat in diesen Fällen so rasch ein, dass an eine Resorption des Mittels nicht gedacht werden konnte, auch konnten die Verf. in verschiedenen Flüssigkeiten des Körpers, Urin, Bronchialsekret etc. keine Spur des Giftes nachweisen. Mit Rücksicht auf die dem Tod vorangehenden Erscheinungen der Asphyxie und auf die Ergebnisse der Obduktion nehmen die Verf. an, dass der Tod eintritt »durch Lungenlähmung, welche auf reflektorischem Wege durch den Reiz des Giftes auf die in der Magenwandung sich ausbreitenden Äste des Vagus und Sympathicus zu Stande kommt«. Bezüglich der Resorption des schwefelsauren Eisenoxyd ist Tourdes zu anderen Resultaten gekommen; er fand dasselbe in der Galle, im Urin und im Blute; in diesem letzteren hatte es zu Veränderungen der Eiweißkörper und des Fibrins, das seine Coagulirbarkeit eingebüßt hatte, Veranlassung gegeben, während die rothen Blutkörperchen intakt geblieben waren.

Bezüglich der kleinsten, tödlich wirkenden Menge des schwefelsauren Eisenoxyds sind die Verf. nicht zu entscheidenden Resultaten gekommen. Dieselbe schwankt ungemein nach der Form, in der das Mittel dargereicht wird, nach der Leere oder Völle des Magens, nach dem Alter und Kräftezustand des Thieres.

Brockhaus (Godesberg).

---

307. **Wernich** (Berlin). Studien und Erfahrungen über den Typhus abdominalis.

(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. IV. Hft. 1—4.)

244 eigenbeobachtete Typhusverläufe und 39 selbst gemachte und gebuchte Typhusobduktionen bilden die Grundlage, auf welcher W. seine Darstellung aufbaut. Das Material stammt zum Theil aus den Krankenhäusern Königsbergs, Berlins, theils aus Beobachtungen zu Yeda und Yokohama. Die Arbeit ist in drei Hauptschnitte eingetheilt.

I. Die verschiedenen Entstehungsarten der Ileotyphen.

Es wird der Entwicklung der Kenntnis des Ileotyphus erwähnt, wie allmählich größere Klarheit, durch emsiges Forschen sich einstellte. Virchow, Klebs, Rokitanski erwarben sich besondere Verdienste; auf Grund glücklicher Funde, bei ganz früh verstorbenen Fällen und unter Zuhilfenahme der Beobachtungen, welche man an den oft im sehr frühen Entwickelungsstadium der Schleimhaut- und Drüsenveränderungen zur Obduktion gekommenen Nachschüben und Recidiven eben so zufällig gemacht hatte, ist es möglich geworden, allmählich für die Ansicht Boden zu gewinnen, dass, je mehr der Process sich zu einem »Typhus« heranbildet, desto mehr sich eine Anfangs diffuse katarrhalische Affektion des Dünndarms oder doch großer Strecken desselben sich auf die nähere Umgebung der follikulären Drüsenapparate und erst in einer noch späteren Periode auf diese selbst koncentrirt, um dann in ihnen zur markig zelligen Infiltration zu gedeihen und noch später diejenigen nekrotisirenden Rückbildungshergänge durchzumachen, welche man nach den ersten anatomischen Forschungen und nach dem damaligen Verständnis als eigentliches Charakteristikum des Abdominaltyphus aufgefasst hatte. In den allerersten Anfangsstadien der typhösen Gewebsveränderungen sind klinische Erscheinungen noch nicht bemerkbar; ein klassisches Bild des Abdominaltyphus ist keinesfalls vorhanden; ja man kann mit einer gewissen Sicherheit aus der Beobachtung sogenannter ambulatorischer Typhen schließen, dass sogar die Metamorphose der Darmfollikel bis zu einem durch Rhexis der Gefäße direkte Todesgefahr drohenden Grade vorgeschritten sein kann, ohne zur Hervorbringung jenes Krankheitsbildes zu führen. Die Berechtigung, ambulatorische oder Abortivtyphen von den schneller zu dem gewöhnlichen Krankheitsbilde sich entwickelnden Typhusverläufen zu unterscheiden, beruht darauf, dass bei allen Abdominaltyphen das Moment der Darmlokalisation, die Beschränkung des Erkrankungsprocesses auf die Schleimhautschicht des Dünndarmes mit sehr ungleicher Leichtigkeit und in sehr verschiedenen Zeiträumen überwunden wird. Der Infektionsstoff oder das schädliche Fremdartige bedarf 1) der Koncentration auf gewisse geeignete Angriffspunkte: nie Drüsenapparate; 2) einer Entwicklungszeit, einer Nistung, um über die Grenzen der Darmfollikel, um über die demnächst folgenden Darmschichten hinauszulangen und den ganzen Körper zu ergreifen. Diese Vorstellungen führen nothwendig zum Begriff der Invasion. Mittheilungen von Birch-Hirschfeld und Litten sind in dieser Beziehung stets lehrreich.

Es kommt also dem Dünndarm beim Typhus nicht etwa bloß die passive Rolle zu, als Durchlass, sondern auch die aktive, als Brutstätte für jenes Etwas zu dienen, welches durch seine Entwicklung und Verbreitung den befallenen Organismus mit den eigentlichen Krankheitsgefahren bedroht — Gefahren, welche nicht geringer sind, als die von sonstigen Angriffspunkten aus bewirkten Invasionen der

schlimmsten Wundinfektionsgifte. Gerade die schlimmsten Typhen zeigen die größte Ähnlichkeit mit septischen Processen.

Nach diesen Erörterungen geht W. zu der Besprechung über »das schädliche Fremdartige, das invasionsfähige Typhusgift«. Die Ansichten von Klebs, Eberth, Letzerich etc. aus einander setzend und, was nach seiner Ansicht unrichtig ist, mehr oder minder scharf bekämpfend, stellt W. als Schluss des pilzphysiologischen Theiles den Satz auf:

»Die leicht zu Tochterstäbchen zerfallenden, im Darminhalt nicht zur Sporenbildung heranreifenden Darmfäulnisbacillen bilden die rein saprophytische, die in den Darmwänden zu größerer Festigkeit und zu schneller Sporenbildung neigenden Typhusdesmobakteridien die parasitisch accommodirte Entwicklungsform des Bacillus subtilis der höheren Fäulnis.«

Das Résumé dieses I. Abschnittes giebt die Antworten auf die Arbeit, einen Begriff über Gestaltung und Wesen des dem Typhus zu Grunde liegenden fremdartigen Einflusses zu gewinnen, dieses fremdartige Wesen in jener Existenzperiode aufzusuchen, in der es als wirkendes Typhusgift nicht thätig ist und seine Wege bis zu den Invasionspforten kennen zu lernen, durch welche es in die Gewebe des menschlichen Körpers gelangt. W. sucht nachzuweisen, dass, wenn die in den Darmdrüseninfiltrationen und bereits an anderen Stellen von Typhusleichen vorgefundenen Desmobakteridien bis jetzt die größte Anwartschaft haben, sich mit der dem Typhusprocess zu Grunde liegenden Noxe zu decken, es anderseits gewaltsam ist, den Formentwicklungskreis dieses Bacillus typhi und den des Bacillus subtilis der Darmfäulnis zu trennen. Unter welchen Verhältnissen der letztere dazu gelangt, die Darmdrüsen gerade eines gewissen Intestinalabschnittes als Nistort zu wählen, sich hier zum specifischen Bacillus typhi heranzuzüchten, um von dieser Invasionspforte aus weiter in den menschlichen Körper zu gelangen, wird dahin beantwortet, wie es sich dem heutigen Stande unserer Kenntnisse anpassen lässt.

II. Die Entwicklung der verschiedenen Symptomenkomplexe des Typhus und ihre prognostische Bedeutung.

In diesem zweiten Theile will der Verf. die Haltbarkeit der Hypothese prüfen, »dass die anatomischen und klinischen Erscheinungen des Ileotyphus sich durch den Invasionsprocess eines Krankheitserregers von bekannter Gestalt und wenigstens theilweise bekannten Lebenseigenschaften erklären«. Zu diesem Zwecke wird zuerst betrachtet: A) Der Tod durch Ileotyphus und die Erscheinungen in den Leichen. Die einzelnen Organsysteme werden der Reihe nach durchgenommen. B) Die Beziehungen der anatomischen und klinischen Typhussymptome zum Bacillus typhi. C) In wie weit die bisher so außerordentlich unsichere Prognostik des Abdominaltyphus unter

Zuhilfenahme der neugewonnenen Anschauung über die Entwicklung der Symptomenkomplexe einer Vervollkommnung fähig ist. Folgende Resultate gehen aus der Abhandlung hervor.

1) Die Leichenerscheinungen weisen darauf hin, dass der Tod beim Ileotyphus eintritt: a) durch pathologisch-anatomische Veränderungen — vorzugsweise der Digestionsorgane, des Lymphsystems und Gehirnes —, welche mit einer akuten Invasion des Bacillus typhi in räumlicher und zeitlicher Beziehung stehen; oder b) durch wiederholte Invasionen, sei es im Zustande geringerer Anzüchtung, sei es in kleineren Mengen; — oder c) dureh eine intravaskuläre Konglomeration der Blutbestandtheile, welche zu thromboiden Cirkulationshindernissen führen; oder d) durch hiervon abhängige zunächst mechanisch wirkende Embolisirung lebenswichtiger Arteriengebiete; oder endlich e) durch ebenfalls von c) abhängige Degenerationen der Gefäßwände und des Herzens, welche an eine infektiöse Beschaffenheit der konglomerirten Bestandtheile denken lassen.

2) Die mit der Invasion des Bacillus typhi in direkter Beziehung stehenden Erscheinungen — abgesehen von den durch wirkliche bacilläre Recidive verlängerten — sind in der überwiegenden Mehrzahl mit der Vertiefung der Darmgeschwüre und beginnender Sequestration der nekrotisirten Bacillennester (11.—15. Tag) beendet.

3) Die auf der intravenösen Blutkonglomeration beruhenden Symptome überdauern in schweren Fällen Monate und hören durchschnittlich nicht vor dem 35.—40. Tage auf.

4) Die Vorhersage kann sich lediglich auf die richtige Würdigung der Entwicklung der Symptome stützen. Sehr langsame zeitliche Übergänge der einen Erscheinungsreihe in die andere gestatten eine ungleich günstigere Prognose, als ein stark verkürztes Tempo der Reihenfolge.

5) Die als leichtere und leichteste nicht allein beginnenden, sondern auch endigenden Abdominaltyphen beruhen auf unvollkommen vorgezüchteten und bereits innerhalb der mesenterialen Lymphdrüsen und der Milz an weiterer Invasion gehemmten Krankheitserregern.

(Schluss folgt.)

---

308. H. Schulz. Das Eukalyptusöl, pharmakologisch und klinisch dargestellt.

Bonn, M. Cohen & Sohn, 1881.

(Schluss.)

XI. Die Körpertemperatur unter dem Einfluss des Eukalyptusöls.

Die normale Temperatur sah Gimbert und Siegen nach der Einnahme von Eukalyptol heruntergehen, so dass durch Gaben von

3,5 g bis 4,2 g Abfälle von 0,5° C. bis 0,8° C. erreicht wurden. Die Absenkung ist so bedeutend, wie sie durch Chinin nicht erreicht wird, bei welchem ja selbst nach sehr hohen Dosen eine Absenkung normaler Temperatur zuweilen nicht eintrat. Verf. erklärt diese Eigenthümlichkeit aus dem längeren Verweilen des Eukalyptols im Körper und aus der stärkeren Resistenz desselben. Durch Versuche beweist nun Sch., dass die temperaturherabsetzende Wirkung eben sowohl seinem angesäuerten Eukalyptusöl zukommt als dem reinen Eukalyptol; es gelang niemals, durch die Anwendung des Öls eine Steigerung der Temperatur hervorzubringen. Es kann demnach nicht die Rede sein von einer temperatursteigernden Wirkung der nebensächlichen Bestandtheile des einfach angesäuerten und dann mit Luft und Licht behandelten Öls.

XII. Das Eukalyptusöl bei Pyämie und Sepsis.

Indem Verf. von der Idee ausgeht, dass zur pathologischen Temperaturerhöhung die Anwesenheit gewisser organisirter oder fermentartig wirkender Körper im Organismus führe, leitet er die temperaturherabsetzende Wirkung des Eukalyptols ab von dessen antiseptischen Eigenschaften. Verf. hat in zahlreichen Versuchen das Eukalyptusöl gegen Fieber, welches durch faulendes Fleischwasser oder durch Heujauche erzeugt war, von gutem Erfolge gesehen. Dabei hat sich öfter gezeigt, dass am Tage der Eukalyptusgabe die Temperatur herabging, aber am folgenden Tage das Thier, welches Eukalyptusöl erhalten, eine höhere Temperatur aufwies. Da es nun wahrscheinlich ist, dass das antiseptische Öl eher ausgeschieden wird, als es eine Zerstörung des Inficiens zu Wege gebracht hat, so verlangt diese Beobachtung zur längeren Temperaturherabsetzung eine wiederholte Einfuhr.

XIII. Zur Theorie der Wirkungsweise des Eukalyptusöls.

Am nächsten verwandt ist das Öl den Terpenen. Von diesen gilt eine antiseptische Eigenschaft und eine depressorische auf das Nervensystem (Beiz, Köhler, Purkinje). Ganz ähnlich wirken die ätherischen Öle: reflexvermindernd und Fäulnis verhindernd. »Alle diese Eigenschaften finden wir im Eukalyptusöl ausgesprochen.« Der ganze Modus der Wirkung des Öls wird als eine Art Narkose aufgefasst. Der Hergang wird von Sch. in folgender Weise aufgefasst: Die Terpene beladen sich mit Sauerstoff aus der Umgebung und bilden neben den Oxydationsprodukten (Verharzung) aktiven Sauerstoff. Die Zufuhr dieses wirkt auf die Zellen verbrennend, oder es kommt zu einer Ansammlung von Oxydationsprodukten in der Zelle, weil in der Zeiteinheit mehr solcher gebildet, als eliminirt werden.

»Beide Vorgänge, Aufnahme und Aktivirung des Sauerstoffs auf der einen, Abstoßung desselben und eigene Verharzung gehen so lange fort, als noch unverändertes Öl vorhanden ist.«

XIV. Allgemeine therapeutische Bedeutung des Eukalyptusöls.

Nach allem Ausgeführten soll das Eukalyptusöl da angewandt

werden, wo durch die Anwesenheit infektiösen Materials pathologische Processe veranlasst werden.

Sch. hat das Präparat ausgiebig bei der Behandlung von Wundflächen verwandt und konstatirt neben der Verminderung der Sekretion und günstigen Veränderung der Sekrete eine vermehrte Tendenz zur Verheilung (Anregung zur Granulationsbildung). Im folgenden Kapitel giebt Sch. genauere Mittheilung über die Erfolge, welche in der hiesigen Klinik bei der Wundbehandlung mit Eukalyptusöl erreicht wurden; das Genauere darüber ist im Original nachzusehen. Auch enthält das Kapitel die Ergebnisse, welche Andere an anderen Orten gesammelt haben. Es behandelt: Fälle, in denen das reine unverdünnte Eukalyptusöl benutzt wurde; Fälle, in denen eine etwa 0,2—0,3%ige wässrige Emulsion des Eukalyptusöls benutzt wurde, theils zu Irrigationen, theils in damit getränkten Kompressen, um bei jauchiger Zersetzung der Wundsekrete den üblen Geruch zu beseitigen. In 6 Sätzen fasst Sch. kurz die wichtigen Punkte für Wundbehandlung zusammen.

XV. Die innere Verwendung des Eukalyptusöls.

»Die eigentliche Domaine des Eukalyptusöls ist das Wechselfieber.« Besonders wird hervorgehoben: Dass das Öl in chronischen Fällen von Intermittenten mehr wie in akuten leistet, dass es in vielen Fällen genutzt, in welchen Chinin wirkungslos geblieben war. Seine Bedeutung wird weiter illustrirt durch die Mittheilung von Beobachtungen über: Intermittens larvata, chronischen Milztumoren, Wundfieber, akuten Gelenkrheumatismus, Typhus abdominalis. Erysipel, Febris gastrica, Magendarmaffektionen, Diphtherie, Katarrhen der Respirationswege, Lungengangrän, Gonorrhoe, Urethritis. Alle Erfahrungen empfehlen das Präparat sehr, zumal wenn es nach der Sch.'schen Methode zubereitet ist. **Finkler** (Bonn).

---

309. **Aufrecht** (Magdeburg). Das runde Magengeschwür in Folge subkutaner Kantharidineinspritzungen.

(Centralblatt für die med. Wissensch. 1882. No. 31.)

A. fand bei Kaninchen, denen er Kantharidin zur Erzeugung von Nephritis injicirte, im Magen eine größere Anzahl cirkumskripter Veränderungen, welche sich bei genauerer Untersuchung als bloßliegende bis zu Linsengröße gediehene Blutgerinnsel erwiesen, welche einen entsprechend großen Defekt der Schleimhaut ausfüllten, dessen Ränder wallartig über das übrige Schleimhautniveau hervortraten. In einem besonders charakteristischen Falle fanden sich außer etwa 15 mit einem Blutgerinnsel ausgefüllten Geschwüren von Linsengröße, sechs vollkommen kreisrunde, von der Umgebung scharf abgesetzte Stellen von mattgrauer Farbe; von einem Bluterguss war hier nichts zu bemerken. Die mikroskopische Untersuchung dieser Partien er-

gab: die Epithelien der schlauchförmigen Drüsen blasser und weniger gekörnt, die Interstitien verbreitert, die Kapillaren strotzend mit Blutkörperchen gefüllt; an wenigen Stellen waren die Drüsenzellen unregelmäßiger gelagert; häufig zeigten sich zwischen den Drüsenepithelien leere Stellen, wo Zellen ausgefallen sein mussten, endlich fanden sich Schläuche, welche ihrer ganzen Länge nach auffallend verschmälert waren, und nur eine einzige Längsreihe von Zellen enthielten. Ganz dasselbe Verhalten zeigten die Stellen, in deren Centrum ein kleiner Bluterguss vorhanden war. Nur war die Lagerung der Drüsenzellen eine noch unregelmäßigere, manche Schläuche fast leer. Die Blutergüsse bildeten selbst an den kleinsten punktförmigen Stellen kein zusammengehöriges Ganze, so dass man sie als die Folge der Ruptur eines einzigen Gefäßes hätte annehmen können. A. fasst daher die Blutergüsse als das zweite Stadium der Veränderung auf und glaubt, dass bei der hier vorgefundenen Geschwürsbildung eine cirkumskripte Entzündung der Magendrüsen vorliegt, an welche sich Hyperämie der Kapillaren mit entzündlicher Veränderung ihrer Wand und nachträglichem Blutaustritt anschließt. Diesen experimentell erzeugten Vorgang glaubt A. auch für die Pathogenese des Ulcus rotundum beim Menschen verwerthen zu sollen, und nimmt an, dass dasselbe nicht auf eine primäre Hämorrhagie, sondern auf eine primäre cirkumskripte Gastradenitis zurückzuführen sei.

Kopp (München).

---

310. **Birch-Hirschfeld** (Dresden). Bakterien in syphilitischen Neubildungen.

(Centralblatt für die med. Wissensch. 1882. No. 33.)

Bei Untersuchung gummöser Geschwülste fand B. konstant Mikroorganismen. Die Bakterien fanden sich am reichlichsten an der Grenze des Granulationsgewebes gegen die körnig zerfallenen Partien, und reichten höchstens in die Peripherie der letzteren hinein. In vernarbten gummösen Herden wurden sie nie gefunden. Wo die Bakterien frei im Gewebe liegen, sind sie stets zu kleinen kolonieartigen Häufchen verbunden; die einzelnen Elemente dieser Häufchen stellten sich bei starker Vergrößerung (Zeiss, Imm. *K*) als kurze und relativ dicke, an den Enden abgerundete Stäbchen dar. Außerdem fanden sich in einer größeren Zahl von Präparaten Haufen, welche längere Stäbchen enthielten; dieselben lagen in spindelartigen Herden, stets die Längsseiten einander zukehrend, diese letzteren waren meist leicht gebogen, ihre Ränder abgerundet und leicht kolbig angeschwollen. Deutliche Gliederung konnte nicht wahrgenommen werden. Endlich wurden intracelluläre Bakterien gefunden. Die bakterienhaltigen Zellen waren rundliche, ovale, oder auch spindelförmige Elemente des Granulationsgewebes. Die kurzen dicken Stäbchen in denselben, welche vollständig denjenigen der kleineren Häuf-

chen glichen, erfüllten dieselben theils vollständig, theils waren sie ringförmig in der Peripherie der Zelle vertheilt. Zur Färbung der Bakterien eignet sich am besten das Fuchsin.

Des Vergleichs wegen wurden noch vom Lebenden entnommene Theile frisch untersucht (breite Kondylome, indur. Schanker und papul. Syphilis), und stets die beschriebenen Bacillen gefunden.

Die Blutuntersuchung eines Pat., der seit wenig Tagen eine Roseola syphilitica zeigte, verlief negativ.

Bekanntlich wurden schon früher (Klebs, Aufrecht) Bakterien bei Syphilis gefunden. Durch den Nachweis derselben Bakterien im Innern gummöser Herde verschiedener Organe wird es sehr wahrscheinlich, dass diese Mikroorganismen in der That die Träger des syphilitischen Kontagiums sind. **Kopp** (München).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben

von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.
Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

N°. 23. **Sonnabend, den 16. September.** **1882.**

311. Th. Jürgensen Luft im Blute. Klinisches und Experimentelles.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI.)

Im Anschluss an einen klinisch beobachteten Fall von Ulcus ventriculi, bei dem kurz vor dem Tode eine Aspiration von Luft durch arrodirte Venen stattfand, hat Verf. experimentell die Frage zu lösen versucht, ob Luft, die fein vertheilt in den Kreislauf gelangt, sich mit dem Blute fortbewegt und ohne absorbirt zu werden, längere Zeit innerhalb des Gefäßsystems, an dem Kreislauf Theil nehmend, verweilt? Zur Bearbeitung dieser Frage wurde J. durch das Studium der Litteratur angeregt, das ihm zeigte, dass die Ansichten darüber trotz reichlicher Bearbeitung keineswegs übereinstimmten. Die Versuche wurden so angeordnet, dass Luft in das periphere Ende der r e c h t e n Cruralarterie eingebracht, und dann nach dem Austreten derselben in der linken Cruralvene geforscht wurde; denn fand das Letztere statt, so musste die Luft zunächst das Kapillargebiet zwischen rechter Cruralarterie und Cruralvene, dann den Pulmonalkreislauf

und endlich das Kapillargebiet zwischen linker Cruralarterie und Cruralvene passirt haben. Es zeigte sich nun in allen Versuchen, die nicht innerhalb der kürzesten Zeit mit dem Tode endeten, dass die Luft in der Vene erschien und auch längere Zeit konstatirt werden konnte, so dass die Annahme, dass sie ohne Resorption eine Reihe von Stunden cirkuliren kann, gerechtfertigt erscheint. — In einigen Versuchen, in denen aus der andern nicht luftempfangenden Arterie öftere Blutentziehungen statthatten, erschien das Blut bei den späteren Entleerungen auffallend dunkel. Die Analyse der Blutgase ergab eine bedeutende Abnahme des Sauerstoffs, dagegen eine bedeutende Zunahme von N. —

Von weiterem Interesse bei den Versuchen zeigte sich die Änderung der Athmung; konstant folgte der Einführung größerer Luftmengen als ein Signum mali ominis eine bedeutende Verlangsamung der Athmung. — Was die Frage nach der Ursache des Todes bei Luftanhäufung im Blute betrifft, so ist dieselbe in dieser Versuchsreihe nur oberflächlich berührt, sie soll den Gegenstand einer weiteren Arbeit bilden; nach den Versuchsergebnissen J.'s ist wohl das Absinken des arteriellen Drucks und dessen Folgeerscheinungen als Grund anzusehen, vielleicht ist auch der oben erwähnte Sauerstoffmangel dabei mit zu berücksichtigen.

Lachmann (Frankfurt a/M.).

---

312. Fr. Riegel. Experimentelle Untersuchungen über den normalen Venenpuls und über das Verhalten des Venensystems bei Perikardialergüssen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI.)

Verf. berichtet im Anschluss an seine vor Kurzem veröffentlichte größere Arbeit (s. Referat in No. 10) über einige weitere Resultate, die er in Betreff pulsatorischer Bewegungen der Halsvenen an Thieren gemacht hat. — R. ist es gelungen auch bei Thieren die Bewegung des Venenrohrs aufzuschreiben und so einen Vergleich mit den gleichzeitig aufgenommenen Carotisbildern anzustellen.

Es ergab sich eine volle Übereinstimmung der Kurvenform der Thiere mit der der normalen Venenpulsbilder der Menschen; dieselben Verhältnisse in der zeitlichen Aufeinanderfolge der Venen und Arterienbewegung, wie R. sie früher von den Pulsbildern der Menschen geschildert, zeigen sich auch bei denen der Thiere. In gleicher Weise ist also der normale Thiervenenpuls ein diastolisch-präsystolischer; die Vorhofsdiastole hat ein erleichtertes Abfließen des Venenblutes zur Folge, daher Venencollaps, mit der Kontraktion des Vorhofs findet eine Stauung des Blutes in den Venen statt, daher die präsystolische Venenpulswelle. — Den zweiten Theil der vorliegenden Arbeit unternahm R. aus dem Grunde, sich durch eigene Untersuchungen ein Urtheil über die durch Ansammlung größerer Flüssigkeitsmengen im Herzbeutel gesetzten Kreislaufsstörungen, in spec. über den von vielen

Forschern beschriebenen Venenpuls, zu bilden. R. hat versucht beides gleichzeitig graphisch darzustellen (s. Orig.). In allen Versuchen ergab sich nun übereinstimmend, mit der zunehmenden Injektion von Flüssigkeit in den Herzbeutel ein Sinken des arteriellen Drucks bei beschleunigtem Herzschlage, während bis zu einem gewissen Grade die Venen sich umgekehrt verhielten; der Druck stieg; dagegen wurden die Venenpulsbilder immer kleiner; die Form der letzteren jedoch verhielt sich durchaus gleich der des normalen Venenpulses; einen echten herzsystolischen Venenpuls konnte R. in keinem Stadium der abnormen Druckerhöhung konstatiren.

Lachmann (Frankfurt a/M.).

---

313. **Schuchardt.** Über eine Veränderung des Blutes nach Insolation.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 16.)

Nach einer mühevollen Gebirgswanderung an einem der heißesten Julitage überfiel den Verf. selbst, eine halbe Stunde nach der Ankunft am Ziele, plötzliches Schwächegefühl mit kleinem mäßig frequentem Puls, weiterhin gesellte sich reichliches Erbrechen hinzu. Nach einstündiger Ruhe waren die Kräfte so weit wieder hergestellt, dass die Rückfahrt angetreten werden konnte; am folgenden Tage bestand nur ein relativ großes Schwächegefühl. Beim Untersuchen eines Tropfens seines Blutes fand Sch. eine eklatante Blutveränderung. Eine große Anzahl rother Blutkörperchen hatten augenscheinlichst ihren Farbstoff abgegeben und nur die zarten protoplasmatischen Grundlagen waren übrig geblieben; er erblickte sie als Schatten in großer Anzahl bald von der ursprünglichen Größe der rothen Blutkörperchen, bald etwas kleiner, einzeln oder zu Haufen geballt. Blutkörperchen, welche in der Entfärbung begriffen waren, oder abnorm viele freie Körnchen im Blute waren nicht vorhanden. Noch am folgenden Tage waren diese Schatten deutlich vorhanden und erst am vierten Tage vollständig verschwunden. Zugleich war das Wohlbefinden wieder vollkommen. Die Harnsekretion war, so weit es sich untersuchen ließ, normal, besonders waren keine Farbenveränderungen, welche an Hämoglobinuie oder Ikterus gebunden sind, wahrzunehmen; eben so fehlte Eiweiß.

Das Zugrundegehen einer Menge rother Blutkörperchen ist natürlich für den Körper nicht gleichgültig und wenn auch die schweren nervösen Erscheinungen, welche oftmals in den Vordergrund bei Insolation treten, durch eine veränderte Blutmischung kaum zur Erklärung hinreichen, so lässt sich doch vielleicht nach Sch. ein Theil der bei Insolation und Hitzschlag auftretenden Symptome erklären. Experimentelle Untersuchungen, mit welchen Sch. beschäftigt ist, sollen näheren Aufschluss geben. **Prior** (Bonn).

---

314. Desplats. Action comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude. **Über die Wirkung der Karbolsäure, verglichen mit der des salicylsauren Natrons.**

(L'union méd. 1882. No. 98, 100, 102 u. 103.)

D. glaubt, dass die differirenden Ansichten der Autoren über die antipyretische Wirkung des salicylsauren Natrons ihren Grund haben in der fehlerhaften Beobachtungsmethode. Die Temperaturmessungen dürfen nicht auf Morgen- und Abendstunden beschränkt sein, sondern müssen direkt nach Verabreichung des Mittels in kurzen Intervallen gemacht werden. Zugleich muss man immer zufällige äußere Umstände, Gemüthserregungen, Besuche, welche der Kranke erhalten hat, Stuhlentleerungen etc., die bei Fiebernden leicht Änderungen in der Temperatur hervorbringen können, berücksichtigen. D. kommt auf Grund einer großen Reihe von Beobachtungen, von denen er einige näher mittheilt, zu dem Schlusse, dass in fieberhaften Krankheiten der verschiedensten Art dem salicylsauren Natron eine der dargereichten Menge proportionale antipyretische Wirkung zukommt, die sicher und prompt eintritt, aber von nicht langer Dauer ist. Zugleich entsteht Hauthyperämie und Schweißsekretion. Dem Wiederansteigen der Temperatur geht oft leichtes Frösteln vorher.

Die Karbolsäure hat nach D.'s Erfahrungen neben ihrer antipyretischen auch eine schmerzstillende Wirkung und ist dieselbe beim akuten Gelenkrheumatismus der des salicylsauren Natrons ganz analog, wenn auch nicht gleichwerthig. Das Resorcin, welches D. in einer Reihe von fieberhaften Krankheiten versuchte, hat ebenfalls eine sichere antipyretische Wirkung und vor der Karbolsäure und dem salicylsauren Natron den Vortheil der leichteren Löslichkeit so wie der Geruch- und Geschmacklosigkeit. D. glaubt, dass das Resorcin eine promptere und länger dauernde Wirkung hat, als die Karbolsäure. D. wandte das salicylsaure Natron in Pulver oder Lösung und zwar in einer einmaligen, wenn nöthig öfters pro die wiederholten Dosis von 2—5 g an. Nur wenn bei der Darreichung per os Übelkeit oder Erbrechen eintrat, wurde das Mittel per Klysma gegeben. Die Karbolsäure gab er im Lavement bis zu 4 g pro dosi oder in einer Limonade von 750 g Wasser, 3,0 Karbolsäure und 1—1,50 g Citronenessenz, und zwar alle drei Stunden 125—150 g dieser Lösung. Wie die Wirkung der genannten Mittel zu erklären ist, ob durch Beeinflussung der Cirkulation und Schweißsekretion, oder durch Zerstörung pyrogener Stoffe, lässt D. unentschieden; jedenfalls nicht durch erstere allein, da es viele Mittel giebt, welche energisch auf Cirkulation und Schweißabsonderung wirken, ohne die Temperatur herabzusetzen.

D. glaubt nicht, das bei der von ihm angewandten hohen und öfters wiederholten, aber auch immer wirksamen Dosen irgend welche Nachtheile zu befürchten sind, wenn mit der nöthigen Vorsicht verfahren wird. Er beginnt gewöhnlich mit mittelstarken Dosen und steigt

wenn dieselben gut ertragen werden, aber nicht genügend wirksam sind, zu höheren. Beim Eintritt gastrischer Störungen giebt er die Mittel per Rectum. Er glaubt nicht, dass die Karbolsäure und das salicylsaure Natron, die beide sehr rasch durch die Nieren ausgeschieden werden, diese Organe afficiren. Er hat öfters bei Anwendung beider Mittel Albuminurie eintreten sehen; dieselbe verschwand trotz Fortgebrauch derselben wieder und war nach D. lediglich von der fieberhaften Erkrankung abhängig. Die schwarze oder braune Färbung des Harns bei Karbolgebrauch hat nach D. eben so wenig zu sagen, als die grünliche Farbe des Urins nach Santonin oder der Veilchengeruch nach Terpentin. Auch die Polyurie hat mit der Anwendung der Karbolsäure oder des Natr. salicyl. nichts zu thun und ist ein in der Rekonvalescenz von fieberhaften Krankheiten öfters beobachtetes Symptom. Ohrensausen und Gefühl von Schmerz im Kopf darf eben so wenig von dem Weitergebrauch des salicylsauren Natron abhalten, wie die gleichen Symptome von der weiteren Darreichung von Chinin.

Bezüglich der Karbolsäure behauptet D., dass die Maximaldosis dieses Mittels ganz willkürlich festgestellt ist und man ohne Gefahr bedeutend höhere Dosen geben kann. Dieselben richten sich nach der Hartnäckigkeit des Fiebers; er hat üble Wirkungen erst gesehen, wenn die zur Herabsetzung des Fiebers nöthige Dosis überschritten wurde. Viermal trat ein Sinken der Temperatur unter die Norm ein; in allen 4 Fällen waren von Anfang an, ohne dass die Empfindlichkeit der Pat. gegen das Mittel geprüft worden war, hohe Dosen gereicht worden. Konvulsionen hat D. nur in einem Falle beobachtet, in dem 5 g auf einmal per Klysma gegeben worden waren. Bei Versuchen an Hunden waren zur Hervorbringung von Konvulsionen 2—4 g, je nach der Größe der Thiere, erforderlich.

D. glaubt, dass bei der nöthigen Vorsicht die Darreichung hoher Dosen von Karbolsäure und Natr. salicyl. weniger gefährlich ist, als die Chloroformirung eines Kranken behufs Vornahme einer Operation.

Brockhaus (Godesberg).

---

315. Giebier et Bouley. Note sur la vitalité des trichines. Über die Lebensfähigkeit der Trichinen.

(L'union méd. 1882. No. 98.)

Das Leben der Trichinen kann, abgesehen von der Fütterungsprobe, nachgewiesen werden 1) durch Erwärmen eines Stückchen trichinenhaltigen Muskels auf dem Objektträger bis zu 40°; die Trichinen machen dann spontane Bewegungen; 2) durch Färben mit Anilinblau, Methylanilinviolett oder pikrokarminsaurem Ammoniak. Lebende Trichinen bleiben transparent, todte nehmen die Färbung an. G. und B. setzten 2 Schinken mit Trichinen, deren Leben nach den obigen Methoden konstatirt war, 4 Stunden hindurch einer Temperatur von — 27° resp. — 20 aus. Die nachher untersuchten Trichi-

nen waren sämmtlich todt. Schon die Einwirkung einer Temperatur von 0° ist nach G. und B. den Trichinen sehr schädlich, wenn nicht todbringend. Sie setzten kleine Stückchen Muskelfleisch mit lebenden Trichinen zwischen 2 Glasplättchen 6 Stunden lang in schmelzendes Eis und fanden nachher, dass die Trichinen die Färbung mit den oben erwähnten Reagentien nach $2^1/_2$ Stunden annahmen und beim Erwärmen keine spontanen Bewegungen mehr zeigten. Die Verff. halten daher das Gefrierenlassen des Fleisches, durch welches die Wirkungen des Einsetzens und Räucherns nicht zerstört werden, für ein sicheres Mittel, die Trichinen zu tödten.

Brockhaus (Godesberg).

---

316. **Pel** (Amsterdam). Zur Diagnose und Kasuistik der sogenannten occulten Pyämie.

(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. IV. Hft. 4. p. 558.)

Unter dem Namen spontaner oder primärer Pyämie veröffentlichte Wunderlich im Jahre 1857 füuf Krankheitsfälle, bei welchen die Ursache der pyämischen Blutvergiftung unbekannt war. Alle Kranken starben innerhalb kurzer Zeit; bei der Sektion fanden sich mehrere pyämische Herde in den verschiedenen Organen, jedoch blieb auch nach der pathologisch-anatomischen Untersuchung der Ausgangspunkt dunkel.

1878 theilte Leube ebenfalls 6 Fälle sogenannter spontaner Pyämie mit; auch hier traten, ohne ein deutliches Moment, die Symptome von Pyämie resp. Septicopyämie mit letalem Ausgang auf. Die wahrscheinlichste Entstehungsweise war eine sehr verschiedene: ein scheinbar geheiltes Erysipel, ein zurückgebliebener Placentarrest, eine doppelseitige, käsig-eitrige Epididymitis etc. wurden als Quelle der Blutvergiftung beargwöhnt.

1881 theilte endlich Wagner in Leipzig einige Fälle von sogenannter kryptogenetischer Pyämie mit, welche ebenfalls aus ganz geringen Läsionen, oder aus Traumata ohne äußerliche Verletzung oder aus bei Lebzeiten latent verlaufenden Knochenaffektionen hervorgegangen sein sollten; in einzelnen Fällen betrachtete Wagner als Ursache der pyämischen Blutvergiftung ulceröse Endokarditis, wo intra vitam entweder gar keine, oder doch nur geringe physikalische Abweichungen konstatirt wurden.

Diese veröffentlichten Krankheitsgeschichten zerfallen in zwei Gruppen, welche man streng von einander scheiden muss. Bei der ersten Gruppe blieb die Quelle der Blutverunreinigung bei Lebzeiten bloß unbekannt und zwar desshalb, weil der primäre Eiterherd keine subjektiven Symptome veranlasste, desshalb latent blieb und sich wegen seines geringen Umfanges oder seines verborgenen Sitzes der objektiven Beobachtung entzog: Demnach gehören diese Fälle der echten Pyämie an und sind nur durch den bei Lebzeiten nicht auffindbaren Herd bemerkenswerth. Bei der zweiten Gruppe blieb

auch nach der anatomischen Untersuchung die Ursache der Erkrankung verborgen — und doch entsprachen die meisten Fälle dem Bilde der akuten oder subakuten Septikämie. Die zweifelhaften oder wenig ausgeprägten Fälle kann man einer dritten Gruppe, Septicopyämie, einreihen.

P. bespricht an der Hand von fünf Krankheitsgeschichten die Symptome der Erkrankung für die verschiedenen Gruppen und kommt, nachdem er die Differentialdiagnosen berücksichtigt hat, zu folgendem Resultate:

Tritt bei einem zuvor ganz gesunden Individuum ein tägliches intermittensähnliches Fieber auf, welches mit Milzschwellung und Verdauungsstörung verbunden ist, ohne dass die physikalische Untersuchung eine lokale Ursache (Empyem, Tuberkulose etc.) aufzufinden vermag und ohne dass antifebrile Mittel, in genügender Quantität und zeitig angewandt, einen bleibenden Erfolg haben, so denke man an das Bestehen:

1) einer sogenannten occulten oder kryptogenetischen Pyämie, vor Allem dann, wenn die Fieberanfälle sehr intensiv sind; sogar das Auftreten von Herpes labialis schließt diese Diagnose nicht aus;

2) einer ulcerösen Endokarditis, wenn die physikalischen Erscheinungen hiermit im Einklang sind,

3) irregulärer Formen von Febris typhoidea;

4) von Syphilis, selbst auch dann, wenn im Momente keine andere Zeichen syphilitischer Bluterkrankung nachzuweisen sind.

Prior (Bonn).

---

317. Debove. Recherches sur l'alimentation artificielle, la suralimentation et l'emploi des poudres alimentaires. Untersuchungen über die künstliche Ernährung, die Überernährung und die Anwendung von Nährpulvern.

(L'union méd. 1882. No. 101 u. 102.)

Unter künstlicher Ernährung versteht D. die Ernährung mit der Schlundsonde, unter Überernährung die Zufuhr übergroßer Mengen von Nährstoffen, die allerdings meist auch durch die Schlundsonde geschehen muss. Erstere ist indicirt in allen Krankheiten, in denen Anorexie höheren Grades besteht, da hierdurch nicht allein die Widerstandskraft des Organismus beeinträchtigt wird, sondern auch Komplikationen mit anderen krankhaften Zuständen herbeigeführt werden können; vor Allem wird die Entwickelung der Tuberkulose nach D's. Ansicht durch ungenügende Ernährung sehr begünstigt. Ferner kann man die künstliche Ernährung mit gutem Erfolge bei habituellem, nervösem Erbrechen in Anwendung ziehen; die Thatsache, dass mit der Sonde eingeführte Nahrungsmittel nicht erbrochen werden, während dies bei allen genossenen Speisen der Fall ist, hat D. oft konstatirt, ohne eine Erklärung dafür geben zu können.

Die Überernährung hat D. bei einer Reihe von Phthisikern mit sehr günstigem Erfolg angewandt (s. das Ref. in diesem Centralblatt 1881, p. 614). Er berichtet über 7 Fälle, aus denen er betreffs der Wirkung der Überernährung folgende Schlüsse zieht:

1) die Schweiße lassen nach;
2) der Husten und Auswurf verringern sich und verschwinden;
3) das Körpergewicht nimmt zu;
4) die Kräfte kehren wieder;
5) die physikalischen Symptome modificiren sich; diejenigen, welche sich auf Verdichtungen und Kavernenbildung beziehen, bleiben unverändert, während die katarrhalischen Erscheinungen schwinden.

Die Überernährung passt nach D. nicht für die letzten Stadien der Phthise, für die akuten, rasch verlaufenden Formen (galoppirende Schwindsucht) und diejenigen, bei denen fast das ganze Lungenparenchym erkrankt ist, wohl aber für die Fälle, wo kleinere Abschnitte der Lunge ergriffen sind, mag auch in diesen der Process der Ulceration und Kavernenbildung schon weit vorangeschritten sein. Bei der Autopsie eines Kranken, der interkurrent an allgemeiner purulenter Infektion, ausgehend von einem Prostataabscess, zu Grunde gegangen war, fanden sich die, beide Lungenspitzen einnehmenden Kavernen in der Vernarbung begriffen. Bestehendes Fieber kontraindicirte die Anwendung der Überernährung nicht; stellen sich Diarrhoen ein, so muss Wechsel in der Nahrung eintreten.

D. stellt sich die Wirkung der Überernährung so vor, dass das kräftiger ernährte Lungengewebe dem Fortschreiten des Zerstörungsprocesses energischer widersteht. Wie unzureichende Ernährung zur Schwindsucht Veranlassung geben kann, so beschränkt die Überernährung die phthisischen Processe. Ein Analogon findet er in der mit Erfolg angewandten Methode, von der Phylloxera ergriffene Rebstöcke stärker zu düngen; dadurch werden die Rebläuse nicht getödtet, wohl aber der Stock gegen ihre Zerstörungen widerstandsfähiger gemacht.

D. bedient sich einer Kautschuksonde mit Mandrin, die er in den Ösophagus einführt und dann von den Kranken hinabschlucken lässt. Wenige Tage genügen, um die Patienten so daran zu gewöhnen, dass sie die Einführung selbst besorgen. Bei einiger Vorsicht können keine übeln Folgen eintreten. Die Möglichkeit, dass durch einen, während der Einführung entstehenden Brechakt Partikelchen in die Luftwege gerathen können, darf eben so wenig vor der Anwendung dieses Verfahrens zurückhalten, als dieselbe Möglichkeit die Darreichung von Brechmitteln kontraindicirt.

Die Nährmischung besteht aus Milch, oder wenn diese nicht gut vertragen wird, aus Bouillon mit zwei geschlagenen Eiern und Fleischmehl. Von dem Zusatz gehackten rohen Fleisches ist D. zurückgekommen, weil dadurch Parasiten in den Magen gelangen können, und die Sonde oft verstopft wird. Die Herstellung des Fleischmehls ist folgende: Von Fett und Sehnen gereinigtes Ochsenfleisch wird fein

gehackt, bei einer Temperatur von 90° vollständig getrocknet, im Mörser feingestoßen und durch ein Haarsieb gesiebt. Trocken aufbewahrt hält sich dieses Mehl sehr lange; ein Theil desselben entspricht vier Theilen Fleisch.

Vor der Anwendung muss sich der Arzt stets selbst durch Schmecken und Riechen von der Unverdorbenheit des Präparats überzeugen, da die Patienten von ihrem Geschmackssinn keinen Gebrauch machen können. Das Fleischmehl ist seiner feinvertheilten Beschaffenheit wegen leicht verdaulich; D. beginnt gewöhnlich mit dem Zusatz von 25 g zur Nährmischung, und ist in einzelnen Fällen bis zu 400 g = 1600 g rohen Fleisches gestiegen, ohne dass Verdauungsstörungen eintraten. Statt des Fleischmehls kann man auch feines Mehl von Linsen etc. anwenden.

Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt D. die Anwendung seiner Methode auf das Wärmste. **Brockhaus** (Godesberg).

---

318. **Martineau.** Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. Über subkutane Injektionen von ammoniakalischem Quecksilberpepton bei der Behandlung der Syphilis.

(L'union méd. 1882. No. 113.)

Die von M. früher (s. dieses Centralblatt 1881, p. 655) beobachteten günstigen Erfolge der in Rede stehenden Injektionen hat er in weiteren 600 Fällen von Syphilis bestätigt gefunden. Um zu untersuchen, in welcher Weise sich Ernährung und Blutbildung bei seiner Behandlungsmethode verhalten, machte er folgendes Experiment: Nachdem er bei einer Reihe von Syphilitischen, welche ohne jede Behandlung blieben, dem geringfügigen oder fast verschwindenden Einflusse der Hospitalkost auf Menge der Blutkörperchen (die bei diesen Kranken stets hochgradig, oft um mehr als die Hälfte vermindert ist), Körpergewicht und Zusammensetzung des Urins nachgewiesen, wurde ein Theil derselben der subkutanen Behandlung mit ammoniakalischem Quecksilberpepton (= 0,005 g Sublimat pro die) unterworfen, ein anderer Theil erhielt dieselbe Menge des Mittels per os, ein dritter wurde mit grauer Salbe (5 g pro die) eingerieben. Bei der ersten Kategorie fand sich die Zahl der Blutkörperchen schon nach Tagen auf die Norm gestiegen und das Körpergewicht nahm rasch zu, bei der zweiten waren 12—19 Tage, bei der dritten 8—14 Tage nöthig, um gleiche Resultate zu erreichen. War die normale Zahl der Blutkörperchen erreicht, so stieg dieselbe bei fortgesetzter Behandlung nicht mehr. Interkurrent eintretende, besonders fieberhafte Krankheiten hielten die Vermehrung der Blutkörperchen auf.

Verf. rühmt ferner von seiner Methode, dass dieselbe nie zur Quecksilberkachexie führt, weil das Quecksilber rasch durch den Harn

ausgeschieden wird. Da sie die Dauer der Behandlung sehr abkürzt, ist sie für die Hospitalpraxis besonders empfehlenswerth. Nicht anwendbar ist sie bei Neugebornen, Kindern und bei Personen, die an Hyperästhesie der Haut leiden, wie M. zwei Fälle beobachtet hat, wohl aber bei Diabetikern. Die von M. gehegte Besorgnis, dass bei diesen die subkutanen Injektionen zu Abscessen oder Brandschorfbildung Veranlassung geben würden, fand er nicht gerechtfertigt.

Brockhaus (Godesberg).

---

319. **Schech.** Lungen- und Trachealsyphilis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

I. Ein 34jähriger Mann bekam zwei Jahre nach einer syphilitischen Infektion erst Tophi an den Schienbeinen, an den Vorderarmen, dann Husten, Schweiße, Athemnoth, Erstickungsanfälle.

Die Untersuchung ergab eine Narbe an Penis und Präputium, Schwellung der Inguinaldrüsen. Mund- und Rachenhöhle, so wie Kehlkopf intakt, aber Stridor bei In- und Exspiration, inspiratorische Einziehung des Proc. xiphoideus, Dämpfung links hinten neben der Wirbelsäule von der fünften Rippe bis zur achten, verstärkten Stimmfremitus, bronchiales Athmen, grobblasiges Rasseln. Der Auswurf kopiös, nicht fötid. In diesem fand sich einmal ein grauschwarzer Gewebsfetzen von 3 cm Länge und 2—4 mm Breite. Die mikroskopische Untersuchung ergab Bindegewebsfasern von sehr verschiedener Dicke und Länge, theils parallel, theils kreuzweise angeordnet, ferner bald regellos zerstreute, bald kreisförmig verlaufende elastische Fasern, in dem Centrum und Peripherie theils kleine in Fettdegeneration begriffene Rundzellen, theils pigmentirte, fettig degenerirte Alveolarepithelien, feinkörnigen Detritus und Reste von rothen Blutkörperchen.

Unter Jodkalibehandlung bedeutende Besserung, insbesondere schwand die Dämpfung LH gänzlich.

Anfälle von Stenokardie, die von Sch. als durch Myokarditis gummosa hervorgerufen angesehen wurden, verloren sich unter der specifischen Behandlung.

Dass es sich um syphilitische Affektionen gehandelt hatte, zeigten später auftretende Hodenschwellung und ein Gumma der Orbita, die ebenfalls nach Jodkaligebrauch zurückgingen.

II. Ein 35jähriger Mann inficirte sich im Jahre 1870. November 1880 erkrankte er mit Husten, später gesellte sich Kurzathmigkeit und Nachtschweiße hinzu. Wiederholt expektorirte er kleine rundliche, sich derb anfühlende »Fleischwärzchen«, welchen meist etwas Blut anhaftete.

Auch hier fand sich laut pfeifendes In- und Exspirationsgeräusch, aber keine Verdichtungserscheinungen, dagegen weit verbreitetes Rasseln über der rechten Lunge und verlängertes und verschärftes Vesicularathmen an der rechten Spitze.

Mund, Rachenhöhle und Kehlkopf intakt. Unmittelbar über der

Theilungsstelle der Trachea erscheint ihr Lumen verengt durch breit aufsitzende knotige, kreisförmig angeordnete Unebenheiten von dunkelrother Farbe, dieselben setzen sich hauptsächlich in den rechten Bronchus fort, dessen Lumen etwas verzogen erscheint.

Im Auswurf bemerkte Sch. einen kleinen kompakten Körper, dessen mikroskopische Untersuchung ergab: parallel verlaufende und sich kreuzende Bindegewebsfasern mit rundlichen und spindelförmigen Zellen, rothen Blutkörperchen, lymphoiden Zellen mit großen Kernen, elastische Fasern, feinkörnigen Detritus und mehreren größtentheils erhaltenen Lungenalveolen, deren Endothelien entweder keine oder nur sehr unbedeutende Veränderungen erkennen ließen.

Unter Jodkali und einer Einreibungskur mit Ung. hydrarg. ciner. verschwanden die Beschwerden, an Stelle der früheren Tumoren in der Trachea zeigte sich nur noch einfache Röthung der Schleimhaut, weder Substanzverluste noch Narben.

Bei beiden Fällen ist auffallend die Intaktheit des Kehlkopfs, während in den meisten der bisher beschriebenen Fälle derselbe in Mitleidenschaft gezogen war. Im zweiten Falle handelte es sich sicher um Syphilome der Trachea. Die ausgehusteten Gewebstheile stammten unzweifelhaft aus der Lunge, es ist daher bei Verdacht auf Lungensyphilis stets eine genaue Untersuchung der Sputa auf Beimengungen von Gewebstheilen vorzunehmen.

Bei der Amalgamirung von Syphilis und Phthise ist die Mitbetheiligung des Kehlkopfs von größter differentiell-diagnostischer Bedeutung. Aussehen und Sitz der Geschwüre gestatten manchmal, ohne Weiteres zu bestimmen, was auf Rechnung der Lues und was auf Rechnung der Phthise zu setzen ist, wenn tuberkulöse und syphilitische Ulcera neben einander vorhanden sind. Letztere heilen durch antisyphilitische Behandlung, erstere nicht.

Ist der Kehlkopf nicht mit erkrankt, so hängt der Entscheid bei der Frage nach etwaiger Kombination von Lungensyphilis mit Phthise einzig und allein von der Therapie ab.

Seifert (Würzburg).

---

320. **Neumann** (Wien). Über Syphilis des Gehirns.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 34 u. 35.)

N. berichtet über vier Fälle von Syphilis, bei denen neben anderweitigen Symptomen von Lues auch solche vorhanden waren, aus denen mit Bestimmtheit auf eine luetische Erkrankung des Centralnervensystems geschlossen werden konnte.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 32jährige verheirathete Pat., die seit Jahresfrist an epileptischen Anfällen leidet, welche namentlich in der letzten Zeit an Häufigkeit und Intensität sich steigerten, zu denen sich aber im weiteren Verlaufe Störungen der Intelligenz, so wie excitirte und deprimirte Gemüthsstimmung hinzugesellten, also vorwiegend solche Symptome, welche Ernährungsstörungen in der

Rindensubstanz des Gehirns annehmen lassen. Als ferneres Symptom der Syphilis war außer dem Umstande, dass Pat. vor einiger Zeit ein todtes Mädchen geboren, noch eine syphilitische Erosion an der Mundlippe beobachtet. Alle Erscheinungen wichen rasch einer antisyphilitischen Behandlung.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 26jähriges Mädchen, das wegen gummöser Geschwüre am Unterschenkel behandelt, nach dreimonatlichem Spitalaufenthalt ohne vorhergehende Veranlassung tonische und klonische, vorwiegend auf die linke Gesichts- und Körperhälfte beschränkte Krampfanfälle nebst Verlust des Bewusstseins darbot, nach Rückkehr des Bewusstseins in religiöse Manie verfiel. Auch hier erzielte antisyphilitische Behandlung rasche Heilung.

Im dritten Falle ist eine zunächst auftretende linksseitige von Aphasie begleitete, dann rechtsseitige Hemiplegie, wie die Sektion ergiebt, durch Erweichung der Ganglien in Folge von Obliteration der beiden Art. fossae Sylvii. Mehrfache Periostitiden, gummöse Verschwärungen, so wie der, wenn auch nicht dauernde Erfolg der antisyphilitischen Behandlung sprechen eben so, wie die anatomische Untersuchung der Gefäße, für den luetischen Ursprung der Veränderungen.

Im vierten Fall handelte es sich um einen 34jährigen Mann, der neben gummösen Zerstörungen und Wucherungen am Gaumen, Symptome von Ataxie, Koordinationsstörungen des rechten Beines, Parästhesie im rechten Hypochondrium darbietet. Auch in diesem Falle berechtigte die durch antisyphilitische Behandlung erzielte Besserung zur Annahme, dass die nervösen Symptome durch Syphilis bedingt waren. **Seifert** (Würzburg).

---

321. **Klaar** (Wien). Zwei Fälle von Ösophagusperforation.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 34 u. 35.)

I. Fall. Ein Mädchen von 32 Jahren verschluckte ein Knochenstück und verspürte gleich nachher heftige Schmerzen, so dass es sich vor jeder Schlingbewegung fürchtete. Am anderen Tage kam zur Weiterbeförderung des Knockenstücks der Schlundstoßer zur Anwendung. Gleich darauf heftige Schmerzen in der linken Brusthälfte. die am tiefen Einathmen hinderten. Am folgenden Tage wurde im Spitale ein linksseitiger Pneumothorax konstatirt, der nach weiteren drei Tagen zum tödlichen Ausgang führte.

Die Sektion ergab: Perforation des Ösophagus 6 cm unterhalb seines oberen Endes an der linken Wand durch eine Hälfte der Furcula eines Huhnes; konsekutive eiterige Pleuritis mit Beimengung von Luft und braungelben Ingestis zum Exsudat.

Eine rationelle Untersuchung mit Hilfe des Kehlkopfspiegels und vorsichtige Manipulation, vielleicht mit einer gekrümmten Kornzange, hätte die Herausbeförderung des Knochens bewerkstelligen und die Kranke retten können.

II. Fall. Ein 41jähriger Mann leidet seit 14 Tagen an häufigen kardialgischen Anfällen. Er war auf einem öffentlichen Platze unter profuser Blutung aus Mund und Nase niedergestürzt und ins Spital gebracht worden. Die Frau des Pat. gab an, dass ihr Mann vor 14 Tagen beim Verzehren einer Wurst ein in dieser befindliches Hölzchen verschluckt und seit dieser Zeit über die oben erwähnten Beschwerden geklagt habe. An den zwei folgenden Tagen nochmals blutiges Erbrechen und unter tiefem Coma der tödliche Ausgang.

Bei der Sektion fand sich in der Höhe der Bifurkationsstelle der Trachea quer gelagert ein 3,9 cm langer, 4 mm im Durchmesser haltender, beiderseits mit Bruchenden versehener Holzspan, der nach beiden Seiten hin die Wand des Ösophagus durchbohrt hatte. Durch das linke Ende war eine länglich-runde, 1,7 cm im längeren Durchmesser haltende Lücke gesetzt, welche in das Anfangsstück der Aorta thoracica führte. Die Aorta war durch eine 3 mm lange kaum 1/2 mm breite Öffnung perforirt und dadurch eine Kommunikation zwischen Ösophagus und Aorta hergestellt.

Seifert (Würzburg).

---

322. **Benzan** (Buccari). Über die locale Behandlung der Diphtheritis mit Jodoform.

(Wiener medic. Wochenschrift 1882. No. 34.)

Bei sechs schweren Fällen von Diphtheritis wandte B. das Jodoform lokal an, das Resultat der Behandlung war ein günstiges.

Das Jodoform wurde mittels eines Borstenpinsels auf die diphtheritischen Membranen aufgetragen und zwar so leise, dass das Pulver ohne den Pinsel nass zu machen von der Feuchtigkeit der Membranen angezogen an denselben haften blieb.

Im Beginn der Erkrankung wurde die Manipulation jede 2. Stunde vorgenommen. Als die diphtheritischen Membranen abgegrenzt blieben, betupfte B. die Auflagerungen 6—9mal (hinter einander?) und so lange, bis sie sich ablösten und die Schleimhaut ihr normales Aussehen bekam, was in 10—15 Tagen geschah.

Seifert (Würzburg).

---

323. **Gerhardt.** Pulsirender Milztumor.

(Zeitschrift für klinische Medicin 1882. Bd. IV. Hft. 3.)

Ein 27jähriger Schmied wurde in die Berliner Klinik aufgenommen, welcher gleichzeitig an Insufficienz der Aortenklappen und Intermittens litt. Die Insufficienz, wahrscheinlich entstanden durch vorausgegangenen Gelenkrheumatismus, war gut kompensirt, zeigte unter Anderem Doppelton der Cruralarterie und an künstlich durch Reiben gerötheten Hautstellen deutlichen Kapillarpuls. Die Intermittens von tertiärem Rhythmus war der Grund der Aufnahme. Bei der

Betastung der Milzgeschwulst fand sich deutliche Pulsation vor, d. h. der harte Tumor schwoll bei jeder Herzsystole, sich allseitig ausdehnend, stärker an und verkleinerte sich mit der Diastole wieder. Man hörte über dem Tumor einen dumpfen Doppelton, nur am oberen Rande Herzgeräusche. Da man die Spitze der Milz mit den Fingern umfassen konnte, war es leicht zu konstatiren, dass es sich nicht um Verschiebung der Milz durch die Herzbewegung, sondern um wirkliche systolische Anschwellung des Organes handelte.

Weiterhin kamen zwei Kranke zur Behandlung, die neben gut kompensirter Aorteninsufficienz, an fieberhaften Krankheiten und zwar beide an Perikarditis, litten. Während der Fieberperiode schwoll die Milz an, stärker als sonst bei gleichem Fieber; sie wurde vor dem Rippenbogen fühlbar und pulsirte deutlich, wenn auch schwächer als in dem ersten Falle.

Die Erklärung für das Entstehen dieser pulsirenden Milztumoren haben wir in den abnormen Blutdruckverhältnissen der Aorteninsufficienz und in der fieberhaften Erschlaffung der Gefäßwandungen zu suchen.

Prior (Bonn).

---

324. O. Veit. Über einen Fall von Melaena neonatorum.

(Protokolle der Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.)
(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. IV. Hft. 3. p. 471.)

Bei einem normalen kräftigen Kinde von 7 Wochen bemerkten die Eltern ein häufiges Drängen und Stöhnen, ohne dass die Untersuchung etwas Krankhaftes ergeben hätte. Namentlich der Leib war weich und nicht aufgetrieben. Am zweiten Tage erwachte das Kind Morgens mit einem furchtbaren, weithin hörbaren Schrei, das Kind röchelte nach Aussage der Mutter. Eine Stunde nachher fand V. besonders auffallend, dass die Kiefern so fest auf einander gestellt worden waren, dass es nur mit Mühe gelang, einen Finger zwischen dieselben zu bringen. Das Kind stöhnte und schrie mehr oder minder weiter. Tagsüber wurden kleine Dosen Ricinusöl verabreicht. Am Abend war das Kind anscheinend gebessert, es schlief $3^1/_2$ Stunden lang, wenn auch nicht ganz so ruhig wie sonst, der Leib war ganz weich, die Erscheinungen der Kieferklemme bestanden weiter. Am andern Morgen floss dem Kinde ein dunkelgefärbter bräunlicher Schleim aus dem Munde. V. schloss auf ein Geschwür des Magens oder in dem obern Theil des Darmes. Der Stuhlgang war nicht blutig, sondern gelbgrün. Der Leib war bis zum Tode am Abend nicht aufgetrieben.

Bei der Sektion fiel bei Eröffnung des Abdomen die dunkelbläuliche Färbung des Magens und eines großen Theiles des Darmes auf; Peritonitis war nicht vorhanden. Der ziemlich reichliche Mageninhalt war bräunlich, kaffeesatzähnlich, die Magenwandungen waren intakt. Im Duodenum fand sich ein Blutcoagulum, halb so groß wie

eine Walnuss und als Erklärung im obern horizontalen Theile des Duodenum zwei zwanzigpfennigstückgroße Geschwüre, welche bis zur Serosa vorgedrungen waren, ohne sie zu perforiren. In tieferen Theilen des Duodenum und in den oberen Abschnitten des Ileum war viel Blutflüssigkeit, im untern Theil des Dünndarm, im Dickdarm nichts. Bemerkenswerth ist noch die Schwellung der Mesenterialdrüsen.

Auffallend bleibt immerhin, dass keine eigentlichen Darmblutungen nach außen entleert wurden; kurz vor dem Tode war der Stuhl noch ganz gelb. **Prior** (Bonn).

---

325. **H. Huchard.** De la caféine dans les affections du coeur. Das Koffeïn bei Herzkrankheiten.

(Bull. gén. de thérap. 1882. Bd. CIII. p. 145.)

Das Resultat seiner Untersuchungen über den Werth des Koffeïn bei den Erkrankungen des Herzens fasst H. dahin zusammen, dass in gewissen Fällen das Koffeïn vor der Digitalis Vorzüge verschiedener Art besitzt. Einmal tritt nach der Aufnahme von Koffeïn sehr bald Diurese ein, H. sah dieselbe fast regelmäßig innerhalb 12 bis 24 Stunden nach der Einführung des Alkaloides, er findet darin einen wesentlichen Vortheil besonders für schwere, mit dem nahenden Ende drohende Fälle. Außerdem, dass die Koffeïndiurese schneller sich entwickelt, wie die nach Digitalisgebrauch auftretende, unterscheidet sie sich ferner noch dadurch von der Digitalisdiurese, dass sie nur in seltenen Fällen letztere hinsichtlich der Quantität erreicht. Mehr wie 3 bis 4 Liter Harn per Tag wurden unter dem Gebrauche des Koffeïn nie ausgeschieden.

In Folge der leichten und raschen Ausscheidung des Koffeïn aus dem Organismus kommt es nie zu den, bei längerem Verbrauch von Digitalis so lästigen oder gar bedenklichen Erscheinungen cumulativer Wirkung. Eben so fehlen beim Koffeïn die bei Digitalis beobachteten üblen Symptome von Seiten des Magens. Letztere treten beim Koffeïngebrauch nur dann auf, wenn es sich um gleichzeitig bestehende pathologische Zustände der Leber, besonders Cirrhosis, handelt. In den Fällen von fettiger Degeneration des Herzmuskels, bei denen Digitalis unter Umständen direkt schädlich wirken kann, lassen sich durch Koffeïn noch effektive Erfolge erzielen.

Als Beweis dafür, dass das Koffeïn ein »Herzmittel« ist, führt H. den Umstand an, dass die Ausscheidung des Eiweißes durch den Harn in den Fällen von Albuminurie, die nicht mit einer Herzaffektion in direkter Beziehung stehen, durch Koffeïn nicht verringert wird, wohl aber, wenn das Gegentheil der Fall ist. Die diuretische Wirkung des Koffeïn ist ferner nahezu gleich Null, wenn es sich um Erkrankung von Leber oder Nieren handelt, besteht aber in der That bei fast allen Herzaffektionen.

Der Grund, wesshalb bis jetzt die genannten günstigen Wirkungen des Koffeïn nicht zu einer weiteren Beobachtung gelangt sind, liegt nach H. darin, dass die Dosen zu gering gewählt wurden. Er beginnt mit 0,25—0,50 g, steigt dann rasch auf 0,50—0,75 g und von da höher bis zu 1,0, 2,0 ja selbst bis auf 3,0 g. Diese letztere hohe Dosis fand H. indess nur selten nothwendig. Um den Organismus fortgesetzt unter dem Einfluss des Koffeïn zu erhalten (H. wendet nur das reine Alkaloid, nicht dessen Salze an), muss die Dosirung so gestellt werden, dass der Kranke 3 bis 4mal im Tage Koffeïn erhält.

Zum Schlusse erwähnt H. auch noch die Möglichkeit, in dazu geeigneten Fällen, mit Hilfe der subkutanen Injektion eine prompte und rasche Koffeïnwirkung erhalten zu können.

H. Schulz (Bonn).

Litterarische Neuigkeiten.

Churchill & Co., London.

Buzzard, T., Clinical lectures on diseases of the nervous system. 8°. 15 sh.

Kimpton, London.

Robinson, T., The etiology, pathology, and treatment of baldness and greyness. 8°. 2 sh. 6 d.

Smith, Elder & Co., London.

Norris, R., The physiology and pathology of the blood. 8°. 21 sh.

Tidy, C. M., Legal medicine. Part. I. 8°. 25 sh.

Lewis, London.

Bennet, A. H., A practical treatise on electro-diagnosis in diseases of the nervous system. 8°. 8 sh. 6 d.

Piette, Charleroi.

Boëns, H., La vaccine au point de vue historique et scientifique. 8°. 10 Fr.

Baillière & Cie., Paris.

Cornil et **Ranvier,** Manuel d'histologie pathologique. 2e éd. Tome II. Fasc. 1. 8°. 7 Fr.

Doin, Paris.

Dujardin-Beaumetz, Dictionnaire de thérapeutique. Fasc. II. 4°. 5 Fr.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben

von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 24. **Sonnabend, den 23. September.** **1882.**

Ein Fall von diffusem, persistirendem Pneumothorax.

Eine kasuistische Mittheilung nebst epikritischen Bemerkungen

von

H. J. Vetlesen,

praktischer Arzt in Wamor, Norwegen.

(Abhandlung in: Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1882. Hft. 9.)

Fräulein N. N., 18 Jahre alt, seit dem 15. Juli 1881 in meiner Behandlung. Ich habe notirt: »Als Kind Skrofulose, wonach Reste als Glandelpackete unter beiden Maxillen. Der Vater an Schwindsucht gestorben. Seit ein paar Monaten Husten, Abmagerung, nächtlicher Schweiß, Stechen in der linken Brust; seit 4 Monaten Aufhören der Menses. Physikalisch: Die beiden Fossae supraclaviculares eingesunken, kurzer Perkussionsschall eben daselbst, übrigens keine Abnormitäten.« Nach Behandlung einige Besserung, aber doch

wechselnder Zustand. Im August wurden in der linken Lungenspitze einzelne trockene, knarrende Blasen wahrgenommen, welche jedoch im Laufe des folgenden Monats wieder geschwunden waren.

Den 7. Oktober stellte sich plötzlich bei etwas starkem Vorwärtsbeugen des Körpers während der Morgentoilette sehr heftiges Seitenstechen in der linken Brust und Dyspnoe ein. Bei Untersuchung charakteristische physikalische Zeichen eines diffusen linksseitigen Pneumothorax: Hervorwölbung der linken Brusthälfte im oberen Abschnitt, Verstrichensein der Interkostalfurchen, hypersonorer Perkussionsschall, fehlende Herzdämpfung auf der linken Seite (dagegen rechts vom Sternum mit Impulsen über der Insertion des 5. rechten Rippenknorpels), kein Vesiculärathmen, vorn schwächeres, an der Rückwand lautes amphorisches Athmen.

Diese physikalischen Verhältnisse blieben unverändert. Es folgte keine pleuritische Effusion, keine Fieberbewegungen. Im subjektiven Befinden trat schon nach acht Tagen eine relative Euphorie ein. Es gab fast keinen Husten, keine Cyanose; die Respirationsfrequenz sank bis auf 24. Die Verhältnisse wurden durch eine alltägliche physikalische Untersuchung kontrollirt.

Am 20. Oktober wurde ich von einem früher nicht beobachteten Symptome frappirt; es ließ sich nämlich schon in einer Entfernung von mehreren Fuß ein eigenthümliches, trockenes, schluckendes oder knisterndes Geräusch in der Trachea hören, gleichwie von der Umgebung des Jugulums ausgehend und aus dem Munde hervortönend. Es begleitete jede Respiration, jedoch nur gegen Ende der Inspiration (am deutlichsten) und Exspiration. Dieses Geräusch wurde diesen so wie die drei folgenden Tage ohne Unterbrechung wahrgenommen und war der Kranken sehr quälend.

Den 24. Oktober bei meiner Morgenvisite war es verschwunden um sich in der Folge nicht mehr hören zu lassen. Die Pat. hatte zu ihrer Erleichterung bemerkt, dass es am vorigen Abend nachgelassen habe. Die physikalischen Verhältnisse waren den 24. dieselben wie früher, jedoch mit der Änderung, dass das vorherige starke amphorische Athmen durch einen sehr fernen, schwach hörbaren metallischen »Hauch« ersetzt war. Im Folgenden wie zuvor anhaltend kein Vesiculärathmen — auch keine Pleuritis —, ab und an schwache metallische Geräusche, voller hypersonorer Perkussionsschall, Verdrängung des Herzens mit Impulsen dicht an der Insertion des 5. oder 6. Cortic. costal. dextra.

Vom 19. November an konnte die Kranke das Bett verlassen. befand sich fortwährend subjektiv wohl. Ein paar interkurrirende Erkältungen im Laufe des Winters wurden mit Leichtigkeit durchgemacht.

Die Pat. hat sich auch 1882 des Genusses voller Euphorie freuen können, und ich finde jetzt gegen Ende Mai die physikalischen Verhältnisse ganz unverändert. Die linke Pleurahöhle völlig mit Luft gefüllt, das Herz rechts vom Sternum dislocirt. In den letz-

ten Monaten hat sich zugleich in der Dorsalregion eine leichte nach links konkave Skoliose entwickelt; etwas höherer Stand der Scapula sinistra. In der rechten Lunge kann nichts Abnormes entdeckt werden; die Pat. hustet nie, schläft gut, hat einen guten Appetit, ist seit Ende Januar regelmäßig menstruirt gewesen. Die einzige subjektive Beschwerde ist eine leicht sich einstellende Dyspnoe bei vielem Sprechen.

Der Fall bietet ein mehrseitiges Interesse dar. Die Pathogenese ist wohl ziemlich klar. Die linke Lunge ist der Sitz eines das Gesammtbefinden schon stark kompromittirenden, physikalisch aber noch wenig hervortretenden tuberkulösen Processes gewesen. Durch die Perforation einer kleinen oberflächlich gelegenen Kaverne hat sich ein charakteristischer diffuser Pneumothorax entwickelt. Dass dieser im hier besprochenen Falle von keinen reaktiven Symptomen, keinem pleuritischen Ergusse und somit auch keinem Fieber begleitet war, befremdet uns jetzt nicht.

Die Litteratur hat mehrere analoge Beispiele, und besonders findet sich im »Nord. medic. Archiv«, 1877. Bd. IX, No. 11 ein von Dr. med. Ed. Büll geschilderter sehr interessanter Fall eines bei demselben Pat. viermal zurückkehrenden und jedes Mal geheilten diffusen Pneumothorax ohne Exsudatbildung. Die Pathogenese war allerdings in Dr. B.'s Fall eine andere, indem der Pneumothorax sehr wahrscheinlich durch Ruptur emphysematisch erweiterter Lungenbläschen entstanden war. Der gegenwärtige Fall bestätigt die früher bekannte Thatsache, dass hier wie dort kein pleuritisches Exsudat folgt, wenn nur reine Luft in die Pleurahöhle ausgetreten ist.

Eine größere Merkwürdigkeit ist die Persistenz des Pneumothorax so lange Zeit hindurch ohne die geringste Andeutung irgend einer Tendenz zu Resorption der in dem Pleurasacke eingeschlossenen Luft, und das Permanentwerden so irregulärer Verhältnisse wie eine in ihrer Totalität luftgefüllte Pleurahöhle mit Kompression und wahrscheinlich Verödung der betreffenden Lunge und kompleter Transplantation des Herzens. Die »Permanenz« erstreckt sich bisher zwar nur über 7 Monate und ist somit cum grano salis zu verstehen, ist aber doch gewiss sehr bemerkenswerth. Es ist auch klinisch interessant, dass die Kranke die ganze Zeit hindurch sich so wohl befunden hat und fortwährend befindet. Im Verhältnis zu dem Zustande der Pat. vor dem Eintreten des Pneumothorax scheint sogar diese sonst so verhängnisvolle Katastrophe hier als ein relativ salutärer Vorgang bezeichnet werden zu können, eine Art von Naturheilung des tuberkulösen Processes. Auch dergleichen ist ja nicht ohne Analogien. Dass die Prognose nichtsdestoweniger mit Vorbehalt zu stellen ist, versteht sich von selbst. Von den einzelnen Symptomen verdient besonders eines hervorgehoben zu werden, und zwar das oben in der Krankengeschichte erwähnte akustische Phänomen, das von mir als »schluckend oder knisternd« bezeichnete Geräusch in der Trachea, welches 4 Tage hindurch die Respiration

begleitete. Dieses Symptom ist, so viel mir bekannt, nur einmal früher beobachtet und beschrieben worden, und zwar eben von Dr. med. Ed. Bull in seiner oben citirten Mittheilung im »Nord. medic. Archiv«.

B. hat dieses Geräusch vielleicht recht treffend als »knirrend oder krepitirend« bezeichnet; es ist nicht leicht, für dieses eigenthümliche trockene Geräusch eine zutreffende Bezeichnung zu finden. Das Phänomen ist zweifelsohne in B.'s wie in meinem Falle eins und dasselbe. Indessen, während B. in seinem Falle mit nachfolgenden Recidiven es nur einmal, als die Zeichen des Pneumothorax weniger ausgesprochen waren und der Verlauf schneller, vermisste, es übrigens aber jedes Mal und zum Theil längere Zeit hindurch beobachtete, wurde es in meinem Falle nur vier Tage beobachtet und zwar nicht gleich anfänglich (obgleich die Zeichen des Pneumothorax diffusi vom ersten Anfang völlig entwickelt waren), sondern erst nach einem 14tägigen Bestehen.

B. giebt keine bestimmte Deutung des Geräusches an, sondern sagt, dass es in irgend einem Verhältnis zum Pneumothorax und besonders in einer gewissen Relation zur Menge der ausgetretenen Luft zu stehen scheint, da es in einem weniger ausgesprochenen Recidive vermisst wurde.

Ich kann auch keine bestimmte Erklärung aufstellen, will aber ein paar Momente hervorheben, die, wie mir scheint, zur Lösung der Frage von Belang sein können. B. sagt jedes Mal, dass das Geräusch nur während der Inspiration gehört wurde. In meinem Falle wurde es (wie oben dargestellt) gegen Ende jeder Inspiration — und zwar am deutlichsten — so wie auch gegen Ende jeder Exspiration gehört. Es tönte gleich wie von der Trachea aus dem Munde hervor und imponirte als das Geräusch berstender und sich immer von Neuem bildender Blasen oder das einer etwas klebrigen klappenartigen Öffnung, die abwechselnd geöffnet und geschlossen wurde. Ich konnte nicht umhin an die Perforationsöffnung in der Lunge zu denken.

Ich versuchte mir den Vorgang folgendermaßen zu veranschaulichen: Die Perforationslücke in der Pleura ist in den ersten vierzehn Tagen obwohl klein so doch stetig offen geblieben und hat der athmosphärischen Luft der Bronchien freien Eintritt in die Pleurahöhle gestattet und eben so freien Austritt. Allmählich hat sich die Perforationsstelle zusammengezogen, und die Pleura pulmonalis hat während ihres Reparationsbestrebens nach und nach eine ventilartige Klappe gebildet, die nur gegen Ende der Inspiration dem Drucke nachgegeben und die Luft unter einem knisternden Klappenspiele hindurchgelassen hat um wiederum gegen Ende der Exspiration sich deckend über die Öffnung unter Wiederholung desselben Klappenspieles zu legen. Im Laufe der vier Tage, während welcher das Geräusch gehört wurde, ist dann die Agglutinationsarbeit beendigt und die Ventilöffnung hat sich permanent geschlossen. Trotz

dem persistirenden Pneumothorax hat das Geräusch sich später nicht mehr bilden können.

Eine Bestätigung dieser Vermuthung scheint mir ferner darin liegen zu können, dass der auskultatorische Befund eben an demjenigen Tage, als das Geräusch verschwunden, wesentlich geändert war, und zwar dermaßen, dass das früher täglich beobachtete, besonders hinten laute amphorische Athmen durch einen sehr fernen nur mit Aufwand großer Aufmerksamkeit hörbaren metallischen Hauch ersetzt war. Auch dies konnte also gedeutet werden, dass jetzt nicht mehr Luft in die Pleurahöhle hineinströmte, weil die Perforationsöffnung nicht weiter existirte.

Diese Erklärung bleibt ja nur eine Hypothese, vielleicht eine gewagte. Um sie zu bestätigen oder aber zu stürzen, wäre es von Interesse gewesen Analysen der in der Pleurahöhle enthaltenen Luft vorgenommen zu haben. Dazu bin ich indessen nicht im Stande gewesen.

---

326. **G. ter Meulen** (Amsterdam). Zum Verhalten der Reflexerregbarkeit und der Sehnenreflexe der paretischen Seite bei cerebraler Hemiplegie.

(Zeitschrift für klinische Medicin 1882. Bd. V. p. 89.)

I. Die allgemein bekannte Thatsache der erhöhten Reflexerregbarkeit bei Fröschen und Säugethieren nach Durchschneidung des Gehirns und Rückenmarks, so wie die damit übereinstimmende Beobachtung Robin's an einem enthaupteten Menschen, legen die Vermuthung nahe, dass man nach Gehirnblutung auf der paretischen Seite dieselben Erscheinungen wie beim Enthaupteten beobachten würde, wie jene bedingt durch Ausfall der reflexhemmenden Centren. Die Litteraturangaben stimmen für das Verhalten der Reflexerregbarkeit darin überein, dass eine Erhöhung desselben während des apoplektischen Insultes nie beobachtet wurde, während dieselben über das Verhalten der Reflexerregbarkeit nach dem apoplektischen Insulte große Verschiedenheit zeigen, indem von einigen Autoren eine erhöhte, von andern eine verminderte Reflexerregbarkeit beobachtet wurde; eine Verschiedenheit, die erst in letzterer Zeit durch Goltz u. A. eine gewisse Aufklärung erfahren hat (vgl. das Original).

Sehr wichtig für das Verhalten der Reflexerregbarkeit nach Apoplexie ist die Dauer der Krankheit, der bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde; — außer von Nothnagel, dessen Angaben hierüber dahin lauten, dass einige Monate oder mehr vorübergehen müssen, bis alle temporären Symptome verschwunden sind.

M. stellte sich zur Aufgabe, die Richtigkeit der Angaben Nothnagel's u. A. durch eigene Beobachtungen zu prüfen und ferner für den Patellarsehnenreflex eine Vergleichung der Intensität der Erregbarkeit an der paretischen Seite mit derjenigen der gesunden Seite anzustellen.

Die zu den Untersuchungen herangezogenen Fälle lassen sich nach der klinischen Diagnose in folgende Gruppen anordnen:

A. Fälle, wo einmalige Gehirnblutung stattfand.

B. Wo entweder wiederholte Gehirnblutungen stattfanden, oder die Symptome auf andere, komplicirtere Erscheinungen hinweisen.

C. Wo gewiss nicht eine Gehirnblutung als Ursache der Hemiplegie angenommen werden kann, sondern wo zweifelsohne eine Gehirnläsion stattgefunden hat.

Nach der Dauer der Krankheit ergeben sich folgende Gruppen: a) kürzer als 1 Monat; b) kürzer als 1 Jahr; c) länger als 1 Jahr (in einem 5 Jahre).

Als Resultat der Untersuchungen ergab sich:

1) Kurze Zeit nach einer einmaligen Gehirnläsion Fußsohlen- und Cremastorenreflexe auf der paretischen Seite verringert, längere Zeit (2 Monate) nachher erhöht (noch später wahrscheinlich keine Differenz mehr).

2) Klopf- und Patellarsehnenreflexe kurze Zeit (kürzer als 1 Monat) nach einer Gehirnläsion wenig, längere Zeit (2—7 Monate) nachher sehr erhöht. (Später Differenz vielleicht aufgehoben.)

3) Die Differenzen in der Reflexerregbarkeit der beiden Seiten treten am deutlichsten hervor bei einmaliger Gehirnläsion, fehlen dagegen öfters bei mehrmaligen Insulten und komplicirten Fällen.

II. Im zweiten Theil seiner Arbeit versucht es M., für den Patellarsehnenreflex die sich auf beiden Seiten darbietenden Differenzen in Zahlen und Maßen auszudrücken.

Dabei wurde sowohl die Reflexgeschwindigkeit (die Zeitdauer, welche vom Augenblick der Reizung bis zum Eintritt der Zuckung vergeht), wie auch die Intensität der Muskelkontraktion berücksichtigt.

Betreffs der dabei angewandten graphischen Methode und der Versuchsanordnung, so wie der Versuchstabellen muss aufs Original verwiesen werden.

Bezüglich der Reflexgeschwindigkeit ergaben die Versuche: dass in der Mehrzahl der Fälle von Hemiplegie, welche noch nicht zu lange gedauert haben, die Sehnenreflexe auf der paretischen Seite rascher entstehen als auf der gesunden. Einige Ausnahmen hiervon sucht Verf. an der Hand von Kontrollversuchen mit einer herabgesetzten elektromuskulären Kontraktilität und verringerten Leitungsfähigkeit der Muskeln in erklärenden Zusammenhang zu bringen.

Bezüglich der Reflexintensität waren die Versuche so angeordnet, dass aus den Kurven folgende Einzelheiten beurtheilt werden konnten:

1) Die Anzahl der Kontraktionen nach einem einzelnen Schlage auf das Lig. Patellae; 2) die Dauer jeder Kontraktion oder der gegesammten Kontraktionen; 3) die Größe und 4) die Form der Kurve.

Das Resultat dieser Versuchsreihe war, dass die erhöhte reflek-

torische Erregbarkeit der paretischen Seite bei den Sehnenreflexen angedeutet wird: 1) durch eine größere Anzahl der Muskelkontraktionen, welche nach einem einmaligen Reize erfolgen; 2) durch längere Dauer und 3) durch eine größere Intensität der Kontraktionen.

Engesser (Freiburg i/B.).

---

327. **Bernhardt.** Abnorme elektrische Erregbarkeitsverhältnisse in einem Falle von (progressiver) Muskelatrophie.

(Zeitschrift für klinische Medicin 1882. Bd. V. p. 127.)

Ein 15jähriger Schlosserlehrling, der häufig schwere Dinge besonders mit dem linken Arm tragen musste, erkrankte unter den Erscheinungen von Innervations- und trophischen Störungen der linken Hand und Vorderarms (besonders der Ulnarseite), welche als der Ausdruck einer beginnenden progressiven Muskelatrophie aufgefasst werden konnten. — Dabei war gleich Anfangs das quantitative und qualitative elektrische Verhalten des linken Ulnaris, gegenüber der Radialis und des rechten Ulnaris auffallend. Gegen den Induktionsstrom reagirte derselbe gleich, oder etwas früher als die übrigen Nerven, eben so verhielt sich die direkte Muskelerregbarkeit in dessen Innervationsgebiet. Gegen den konstanten Strom zeigt der linke Ulnaris (gegenüber dem rechten) erhöhte indirekte Erregbarkeit; dabei Veränderung der Zuckungsformel, deren einzelne Glieder nach der Stromstärke geordnet in folgender Reihenfolge auftraten: Anode $_z$ Ka 0_z Ka S_z An 0_z.

Die Zuckungen verliefen kurz und blitzartig. Die Reizungserfolge bei Erregung des rechten Ulnaris waren durchaus normale.

Anders war das Verhalten der linksseitigen Mm. interossei: die faradische Erregbarkeit erheblich vermindert, gegen den konstanten Strom Erregbarkeit ebenfalls herabgesetzt. Öffnungszuckungen gar keine mehr zu erzielen. Ka S_z stets etwas früher auftretend als An S_z. Im Verlauf von Monaten verwischte sich der abnorme Typus der Reaktionen. Weiterhin wurde sogar »Lückenreaktion« beobachtet, indem im Laufe der Untersuchung besonders die An 0_z bei direkter wie indirekter Reizung zeitweilig ausfiel um alsbald wieder deutlich hervorzutreten.

Verf. erwähnt dann noch einiger einschlägiger Litteraturangaben, denen er den vorliegenden Fall anschließt, ohne zunächst auf eine Erklärung dieser abnormen Erscheinungen sich einzulassen.

Engesser (Freiburg i/B.).

---

328. **R. Koch** (Berlin). Über die Ätiologie der Tuberkulose.

(Verhandlungen des Kongresses für innere Medicin. Erster Kongress.)
Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1882.

Bei seinen bekannten Untersuchungen über die Ätiologie der Tuberkulose ging K. von dem Gedanken aus, den Nachweis

der spec. Parasiten zu liefern, deren Isolirung zu erreichen und erfolgreiche Verimpfung zu erzielen. Zunächst bediente sich K. der bereits bewährten Untersuchungsmethoden, die sich hauptsächlich auf dem Gebiet der Farbenreaktion bewegen. Die beste derartige Methode rührt von Weigert her und führt den Namen Kernfärbungsverfahren. Man kann mit demselben fast alle Mikroparasiten der Untersuchung zugänglich machen. Bei der Tuberkulose erhielt K. sowohl wie Andere nur negative Resultate. K. fand aber bei seinen Versuchen Andeutungen, dass eine Änderung in der Reaktion der Farblösung, die man gewöhnlich in neutralem oder selbst in saurem Zustand benutzte, auch ein anderes Färbungsresultat hatte. Machte man die Farblösung alkalisch, so erschienen bis dahin nicht gesehene Dinge. Unter den bekannten Anilinfarben verträgt das Methylenblau den stärksten Zusatz von Ammoniak, Natron oder Kali; dieses suchte sich K. aus als Farbstoff. Der Methylenblaulösung wird möglichst viel Kalilösung hinzugesetzt, es darf jedoch nicht zur Bildung eines Niederschlages kommen. Als Objekte bediente sich K. nur in Alkohol gehärteter Gewebsstücke. Die Schnitte erscheinen fast schwarzblau und stark überfärbt. Weiterhin benutzte K. den eigenthümlichen Umstand, dass gewisse Anilinfarben sich gegenseitig verdrängen können; nimmt er z. B. eine wässerige Lösung von Vesuvin und behandelte mit dieser die in Methylenblaulösung gefärbten Objekte, so verdrängte das Vesuvin in wenigen Minuten das Methylenblau und färbt das Objekt braun; wenn aber darauf in gewöhnlicher Weise die Schnitte in Alkohol entwässert und in Nelkenöl aufgehellt, untersucht werden, so findet man nicht Alles braun gefärbt. Man erhält die Zellenkerne und alle ihre Zerfallsprodukte schön braun, aber die der Tuberkulose eigenthümlichen Parasiten haben ihre blaue Farbe in sehr auffallender Weise beibehalten.

Nach dem Princip K.'s verfuhr auch Ehrlich und entdeckte ausgezeichnete Färbungsmittel nicht nur mit Methylenblau, sondern auch mit andern Anilinfarben z. B. Fuchsin, Gentianaviolett. K. benutzt die Verschiedenheit in dem Färbungsvermögen der Tuberkelbakterien und der thierischen Gewebe als ein ganz bestimmtes und sicheres Kennzeichen und fasst sie gewissermaßen als eine chemische Reaktion auf, so dass kein Irrthum möglich ist, wenn wir in einem Untersuchungsobjekt bei dieser Färbemethode blaue Bakterien erhalten, welche die Form der Tuberkelbakterien haben. Die gleiche Eigenschaft zeigen die Leprabacillen, allein eine Verwechslung ist kaum möglich.

Die auf solche Art in tuberkulösen Organen gefundenen K.'schen Parasiten sind Bacillen; es sind feine, dünne Stäbchen, mindestens fünf- bis sechsmal so lang als breit. Sie finden sich vorzugsweise an den Stellen, wo der tuberkulöse Process im Entstehen oder im Fortschreiten begriffen ist; man sieht sie häufig in den Zellen liegen und dann sind sie bündelförmig angeordnet. An den Stellen, wo der Process abnimmt, finden sie sich in weit geringerer Zahl; es treten

hier häufiger Riesenzellen auf und in diesen findet man meistens eine oder wenige Bacillen.

Eine große Anzahl von Fällen und zwar von Miliartuberkulose, käsigen Pneumonien, Kavernen, Darmgeschwüren, Tuberkulose des Gehirns, verkästen Lymphdrüsen hat K. untersucht und stets die Bacillen gefunden, bald wenig zahlreich, bald außerordentlich stark. Weiterhin wurden sie ganz in derselben Weise wie beim Menschen gefunden bei perlsüchtigen Rindern, in verkästen Drüsen beim Schweine, bei der Tuberkulose der Hühner, bei Affen und in 200 Fällen bei mit tuberkulöser Masse geimpften Thieren. Damit ist der Nachweis des konstanten Auftreten der Tuberkelbacillen bei allen tuberkulösen Processen geliefert.

Der zweite Theil seiner Arbeit hatte den Zweck, die gefundenen Parasiten von den thierischen Gewebstheilen zu isoliren. Dies hielt K. um so nöthiger, weil er noch gar keine Lebensanzeichen in den Stäbchen bemerkt hatte und es noch nicht feststand, ob es selbständige, lebende Organismen waren. Um die Bacillen zu kultiviren, bediente sich K. des Blutserum, weil es bei längere Zeit auf 65° bis 70° C. erhitzt, starr wird und durchsichtig bleibt; es gelang ihm zwar nicht jedes Mal, aber doch ziemlich oft, Reinkulturen der Tuberkelbacillen zu gewinnen. Die Tuberkelbacillen wachsen ungemein langsam und selbst unter günstigen Verhältnissen gebrauchen sie mindestens 10—20 Tage, um deutlich unterscheidbare Kolonien zu bilden. Diese Kulturen lassen sich leicht weiter züchten. Die Bacillen der Kulturen stammten gewöhnlich aus getödteten tuberkulösen Thieren, die mit verschiedenen bacillenhaltigen Substanzen geimpft waren; die nämlichen Resultate gingen hervor, wenn aus tuberkulösen Lungen und Drüsen vom Menschen, von Lungen perlsüchtiger Rinder etc. das Material genommen wurde.

Die Erledigung der Frage, ob durch Verimpfung der so gewonnenen Kulturen die ursprüngliche Krankheit, also die Tuberkulose, wieder erzeugt würde, bildet den dritten Theil der Forschung. Es wurden zuerst einfach subkutane Impfungen vorgenommen und die Thiere erkrankten gerade so, als ob sie mit frischen tuberkulösen Massen geimpft worden wären; wenn mehrere frisch angeschaffte Thiere nach der Impfung im Verlauf von höchstens 5 Wochen in gleicher Weise tuberkulös werden, so muss dies als ein Effekt der Impfung gelten; spontane Tuberkulose kommt bei frisch angekauften Thieren fast nie vor, sie entsteht erst nach mehrmonatlichem Zusammenleben mit tuberkulösen Thieren. Um dem Einwand der Verwechselung der spontanen Tuberkulose mit der durch künstliche Injektion erzeugten zu entgehen, injirte K. Tuberkel-Bacillenkulturen in die Bauchhöhle der Versuchsthiere und erzielte damit sehr rasch verlaufende Miliartuberkulose; dasselbe ereignete sich nach Injektion von Tuberkelbacillen in die Ohrvene von Kaninchen; endlich lieferten schöne Resultate für den Beweis der Übertragbarkeit der Tuberkulose die Impfung in die vordere Augenkammer; entweder entstand

eine in wenig Wochen verlaufende Miliartuberkulose oder, wenn nur eine geringe Menge der präparirten Flüssigkeit eingebracht wurde, eine lange Zeit lokalisirt bleibende Iristuberkulose.

Es lassen sich auch Thiere inficiren, welche der Tuberkulose schwer oder nicht zugänglich sind, wie Ratten, Hunde. Alle diese Impfversuche beweisen offenkundig, dass die Tuberkulose durch die reingezüchteten Bacillen wieder erzeugt werden kann.

Wir wissen also durch K., dass die Bacillen die eigentliche Ursache der Tuberkulose sind. Auf die Frage, wie wir uns nun die Ätiologie auf Grund der Kenntnisse über das Verhalten der Bacillen zu denken haben, ist K. folgender Ansicht. In vielen Fällen lassen sich in dem Sputum von Phthisikern zahlreiche Bacillen und vielfach auch mit Sporen versehene nachweisen; die Sporen finden sich nicht allein in den phthisischen Sputis, sondern auch in Käseherden, wo die Zahl der Bacillen im Abnehmen begriffen ist. Wenn getrocknete, trocken aufbewahrte Sputa der Phthisiker Thieren eingeimpft wurden, selbst noch nach 8 Wochen, und derselbe Erfolg eintrat, wie mit frischem Sputum, so folgt daraus, dass die Infektion der Menschen hauptsächlich durch das Sputum, welches in trockenem, staubförmigem Zustand überall hin verschleppt wird, bedingt ist. In wie weit andere Infektionsquellen z. B. die Tuberkulose der Hausthiere etc. existiren, bedarf noch der Untersuchung, jedoch dürften diese keineswegs die Bedeutung haben wie die Infektion durch das Sputum. **Prior** (Bonn).

---

329. **Westphal** (Berlin). Über eine Fehlerquelle bei Untersuchung des Kniephänomens und über dieses selbst.

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XII. Hft. 3.)

Im Anschluss an einige Beispiele macht Verf. darauf aufmerksam, dass unter Umständen das im Verlauf einer Krankheit verschwundene Kniephänomen plötzlich wieder auftreten kann. Genaue Beobachtung zeigte, dass es sich hier nicht um ein wirkliches, sondern um ein Pseudo-Kniephänomen handelt, welches auf dem Wege des Hautreflexes erzeugt wird. Unter gewissen pathologischen Verhältnissen erfolgen Reflexe von beliebigen Stellen der Haut der untern Extremität aus zuerst auf den Quadriceps, wobei zu bemerken ist, dass dieselben eine sehr erhebliche Verzögerung erfahren können. Experimentelle Untersuchungen zur Aufklärung der Frage, ob die Sehnenphänomene nur reflektorischer Natur oder wesentlich vom Muskeltonus abhängig seien, ergaben zunächst, dass das nach Durchschneidung der hintern (5. und 6. resp. 7.) Wurzeln des Cruralis verschwundene Kniephänomen auch nach Strychninvergiftung nicht wieder hervorzubringen ist. Nur in einem Falle kehrte das Kniephänomen in Folge der Strychninwirkung wieder. Bei der Sektion ergab sich indessen, dass in Wirklichkeit nur Wurzelfäden der 5. (und 4.) hinteren Wurzel durchschnitten waren. Es geht hieraus her-

vor, dass die Leitungsunterbrechung in wenigen hinteren Wurzelfäden des N. cruralis genügt, um das Kniephänomen unter sonst normalen Verhältnissen zum Schwinden zu bringen, während es alsdann unter pathologischen (hier bei Strychninvergiftung) wieder erscheinen kann.

Drei Faktoren: Muskeltonus, Spannung des Muskels resp. der Sehne von einem gewissen Grade und ausreichende Schwingungsfähigkeit der letzteren sind zum Zustandekommen der Sehnenphänomene erforderlich. In wie weit außerdem ein reflektorischer Vorgang angenommen werden muss, werden weitere physiologische Beobachtungen lehren; das Verschwinden des Kniephänomens in Folge von Durchschneidung der hinteren Wurzeln — nach Unterbrechung des Reflexbogens — kann eben so gut auf der Abschwächung des Tonus beruhen. **Eickholt** (Grafenberg).

Scherpf (Kissingen). Der Hämoglobinmangel des Blutes und sein Verhalten während einer Stahlkur.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. IV. Hft. 4.)

Vermittels der Methode der quantitativen Spektralanalyse nach Vierordt führte Sch. die Blutfarbstoffmessungen aus, indem die Angaben anderer Autoren auf das Genaueste berücksichtigt wurden. Die Blutabnahme geschah stets durch Ansaugen einer 0,0175 ccm haltenden Glaspipette, wie sie Leichtenstern benutzte, nachdem ein Einstich in einen Finger mittels einer dreikantigen Nadel den nöthigen Blutstropfen auf ganz leichten Druck hin geliefert hatte. Das abgemessene Blutquantum wurde zum Zwecke einer 200fachen Verdünnung mit 3,48 ccm doppelt destillirtem und filtrirtem Wasser gemischt, dem eine Spur Ätznatron vorher zugesetzt war, um eine raschere und ausgiebigere Lösung der weißen Zellen zu ermöglichen.

Der Hämoglobingehalt eines Tropfen Blutes hängt kurz von folgenden Momenten ab:

1) Der Hämoglobingehalt des Blutes ist verschieden nach der Körperregion, aus welcher er stammt. 2) Die Höhe des Hämoglobins hängt ab von der Lage des Körpertheils, der das Blut liefert, so zwar, dass nach Kostjurin das Blut aus der Zehe weniger hämoglobinhaltig ist, wenn durch Höherhalten des Fußes die Geschwindigkeit der Cirkulation verlangsamt wird: ein Umstand, der allerdings vielfach bestritten wird. 3) Der Hämoglobingehalt ist verschieden nach den venösen und arteriellen Gefäßen. Sch. entnahm die Blutproben stets dem nämlichen Kapillarbezirk. 4) Der Blutdruck beeinflusst die Hämoglobinmenge, eben so die Körperbewegungen; derselbe steigt bei Muskelarbeit und Steigerung des Blutdruckes. 5) Die Bestimmungen des Hämoglobingehaltes unterliegen den Tagesschwankungen, welche von der Zeit der Nahrungszufuhr abhängig sind.

Die zu untersuchenden Kranken tranken 3—4 Stunden vor der

Untersuchung höchstens $^5/_4$ Liter Mineralwasser, welches zur Zeit des Versuches bereits ausgeschieden ist.

Von einer großen Anzahl derart auf Hämoglobin untersuchten Fälle beschreibt Sch. 20 eingehender und knüpft an die Beschreibung folgende Besprechung. In der Mehrzahl wurde eine Besserung erzielt durch direkte Steigerung des Blutfarbstoffes. Besonders erfreuliche Fortschritte machten die Fälle von typischer Chlorose, bei denen die Hämoglobinvermehrung in stetigem Steigen von Statten ging.

Bei einer gewissen Anzahl der untersuchten Personen fand sich der Blutfarbstoff am Schluss der Kur vollständig zur Norm zurückgekehrt, bei der größten Mehrzahl nur eine, wenn auch oft sehr bedeutende Besserung; für letzteres liegt der Grund darin, dass die Kranken den Kurort nur gebessert, wegen zu kurzen Aufenthaltes, verlassen. Bei einer beschränkten Zahl der Patienten fand sich überhaupt keine Steigerung des Blutfarbstoffes und doch war das subjektive Befinden ein ganz zufriedenstellendes; dies ist nichts Ungewöhnliches, es fand auch Leichtenstern ein ähnliches Verhalten bei gesunden Leuten. Bei einzelnen Patienten zeigte sich in der ersten Zeit der Kur ein Sinken des Blutfarbstoffes; allmählich kehrte er zu der Norm zurück. Wahrscheinlich bedürfen die blutbildenden Organe einer gewissen Zeit, den Farbstoff fertig zu stellen, während sich die übrigen Bestandtheile des Blutes rascher ergänzen als das Hämoglobin. **Prior** (Bonn).

---

331. **Drosdow** (Petersburg). Morbus hypnoticus.

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XIII. Hft. 1.)

Verf. konstituirt auf Grund von drei Beobachtungen eine neue Krankheitsform — Morbus hypnoticus. Die Symptome sind Schläfrigkeit, Unterdrückung des Willensapparates, erhöhte Thätigkeit der kombinirten Reflexe, kataleptischer Zustand und eine besondere Erregbarkeit der Muskeln, die bis zum tetanusähnlichen Zustande, Muskelstarre und Lähmung geht. Chronische lang andauernde Reize des Nervensystems begünstigen das Erscheinen, und die Entwicklung dieser spontan hervortretenden hypnotischen Zustände.

Eickholt (Grafenberg).

---

332. **Franz Fischer** (Pforzheim). Die allgemeine Faradisation. Eine Elektrisationsmethode nach Beard u. Rockwell.

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XII.)

Die von Beard und Rockwell im Jahre 1871 empfohlene Behandlungsmethode, bei welcher der ganze Körper successive und in systematischer Weise unter die Einwirkung eines Poles gebracht wird, während der andere Pol an einer bestimmten Stelle des Körpers stabil bleibt, hat bisher in Deutschland wenig Beachtung gefunden. Verf. beschreibt 3 Fälle, welche sich unter allgemeiner Faradisation

besserten: der erste wird als ein melancholischer Angstzustand mit vasomotorischen Erscheinungen, die auf eine Reizung des Sympathicus zurückgeführt werden (?), bezeichnet; der zweite Fall erscheint als ein Status nervosus (Neurasthenie); der dritte Fall betrifft eine hartnäckige Chlorose, bei der alle anderen Mittel ohne Erfolg angewandt waren. Auf Grund dieser 3 Fälle wird der therapeutischen Verwerthung der allgemeinen Faradisation bei der Beseitigung mancher schwerer nervöser Zustände und hartnäckiger Chlorosen dringend das Wort geredet. **Eickholt** (Grafenberg).

---

333. Neptel (New York). **Die galvanische Behandlung der Tabes dorsalis nebst Bemerkungen über die abnorme galvanische Reaktion der sensibeln Hautnerven.**

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XII.)

Verf. geht von der Ansicht aus, dass die Tabes nicht eine typische primäre Systemerkrankung des Rückenmarks sei, sondern eine sekundäre Rückenmarksdegeneration. Der Ausgangspunkt der Krankheit sei im Gehirn zu suchen. Er beschreibt eine Anzahl von Fällen, in denen Galvanisation des Gehirns und Rückenmarks und zwar ausschließlich in aufsteigender Richtung Besserung des Leidens zur Folge hatte. Die Behandlung muss eine lange Zeit fortgesetzt werden. Die galvanische Reaktion der sensibeln Hautnerven soll sich bei Tabeskranken anders verhalten wie bei Gesunden, indem an der Applikationsstelle der Anode ein Gefühl von Brennen entsteht; bei Gesunden pflegt die Kathode ein derartiges Gefühl zu erzeugen. **Eickholt** (Grafenberg).

---

334. v. Olderogge (St. Petersburg). **Etwas über die Schwankungen des Gewichts bei Epileptischen.**

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XII.)

Die im Jahre 1880 veröffentlichten Untersuchungen von Kowalevsky über den enormen Gewichtsverlust der Epileptiker nach den Anfällen sind durch zahlreiche exakte deutsche Arbeiten gründlich widerlegt worden. Die vorliegende Arbeit konstatirt die Thatsache, dass der Gewichtsverlust während der Anfälle sehr gering ist und es nicht gestattet ist in dem Gewichtsverluste während der Anfälle ein Symptom zu statuiren, durch welches man einen Simulanten von einem wirklich Kranken unterscheiden kann.

Eickholt (Grafenberg).

---

335. **Schelkly** (Surinam). Die Gastrotomie und ihre Anwendung bei Behandlung von tiefgelegenen Ösophagusstrikturen.

(Wiener medic. Wochenschrift 1882. No. 36 u. 37.)

Bei einem 30jährigen Manne stellten sich Erscheinungen der Verengerung der Cardia ein, die Anfangs durch systematische Sondenbehandlung gebessert wurden. Später gelang die Einführung auch der dünnsten Sonden nicht mehr, zumal sich ein großes Divertikel über der engen Stelle gebildet hatte.

Verf. legte eine Magenfistel an, durch die dem Pat. Nahrung beigebracht werden konnte. Ein Versuch, vom Magen aus die enge Stelle zu durchdringen, gelang mit einer dünnen Bougie, die als Kondukteur für eine mittelstarke Guttapertscha-Ösophagusbougie benutzt werden konnte, welche letztere (an beiden Enden offen) in der Striktur sitzen blieb. Speisen nahm nun Pat. durch die Fistel, Flüssigkeit durch den Mund ein. Pat. starb 4 Tage nach der Wegbarmachung des Ösophagus unter Collapserscheinungen. Die Sektion ergab ringförmiges Carcinom des Ösophagus dicht über der Cardia.

Zu dieser Operation wurde Verf. speciell veranlasst durch das höchst lästige Durstgefühl, das trotz reichlicher Zufuhr von Flüssigkeit durch die Fistel nicht gestillt wurde, während das Hungergefühl nach der Nahrungsaufnahme auf diesem Wege schwand.

Nach Einlegen der Bougie in die Striktur vom Magen aus konnte Pat. ganz gut Flüssigkeiten durch den Mund zu sich nehmen.

Seifert (Würzburg).

---

336. **Coelho**. Subkutane Morphiuminjektion als Mittel gegen die Seekrankheit.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 37.)

C. macht auf die Erfahrungen von Therosopolis (Rio de Janeiro) aufmerksam, wonach subkutane Morphiuminjektionen in die Regio epigastrica überraschenden Erfolg gegen die Seekrankheit haben sollen. Dosirung 0,008—0,01. **Seifert** (Würzburg).

---

337. **Verneuil.** Abscès du sein et lactosurie. Brustdrüsenabscess und Lactosurie.

(L'union méd. 1882. No. 112 u. 114.)

V. theilt drei Fälle von Brustdrüsenabscess bei stillenden Frauen mit, in denen die Untersuchung des Urins die Gegenwart von Zucker in demselben ergab. Alle 3 Fälle verliefen günstig, indem die Abscesse unter geeigneter Behandlung heilten und gleichzeitig der Zucker aus dem Harn verschwand. V. erörtert sodann die Frage, ob es sich dabei um ein zufälliges Zusammentreffen handelt oder ob die Glycosurie als Ursache der Brustabscesse oder als Folge derselben

anzusehen ist. Für ersteres spricht die Häufigkeit der zur Abscessbildung führenden Entzündungen der Brustdrüse bei stillenden Frauen, so wie die Beobachtung, »dass bei vielen derselben (nach einigen Autoren bei allen) sich Zucker im Urin findet«.

Die zweite Annahme (Glycosurie als Ursache der Abscesse) findet eine Stütze in dem Umstande, »dass die Gegenwart von Zucker im Urin ein Übermaß dieser Substanz im Blute anzeigt. Letzteres involvirt seinerseits stets einen besonderen Zustand der anatomischen Elemente und Gewebe des Körpers, der freilich noch wenig bekannt, aber unzweifelhaft mit ernsten Ernährungsstörungen verknüpft ist und die Entwicklung verschiedener krankhafter Processe: diffuse Entzündung, Eiterbildung, Brand, begünstigt. Dazu kommt bei der secernirenden Brustdrüse die große Neigung zu Entzündungen als Folge ihres großen Gefäßreichthums«.

V. theilt einen Fall mit, wo sich bei einer nicht stillenden, an Diabetes leidenden Frau ohne jede Veranlassung ein Brustdrüsenabscess entwickelte; ferner machte er in den obigen 3 Fällen verschiedene, vor der Entzündung und Abscessbildung in der Mamma beobachtete Symptome: vermehrter Durst und Polyurie, wahrscheinlich, dass in denselben Glycosurie schon längere Zeit bestanden hatte.

Auch die dritte Annahme, Glycosurie als Folge der Abscesse, hat nach V. etwas für sich. Durch die Entzündung des secernirenden Drüsengewebes tritt Milchretention ein, die zur Aufnahme von Milchzucker ins Blut und Übergang desselben in den Harn führen kann. Die Glycosurie wäre in diesem Falle ganz analog dem Auftreten von Gallenbestandtheilen bei Gallenretention. Sinéty hat nachgewiesen, dass es durch plötzliche Unterdrückung der Milchsekretion resp. Verhinderung der Exkretion gelingt, Glycosurie herbeizuführen. »Die Retention des Zuckers bei Abscessen der Mamma ist um so erklärlicher, als die Lymphgefäße, welche nach Sinéty bei der Resorption der zurückgehaltenen Milch eine Hauptrolle spielen, sehr gewöhnlich bei den akuten postpuerperalen Entzündungen der Brustdrüse afficirt sind.«

Ob der im Harn nachgewiesene Zucker mit dem Milchzucker identisch ist, hat V. nicht untersucht; es ist dies aber nach den Arbeiten von Hofmeister und Bert wahrscheinlich. Zum Beweise, dass der thätige Zustand der Milchdrüse ein Haupterfordernis ist, um bei Entzündung derselben Glycosurie hervorzurufen, führt V. einen Fall von traumatischem Abscess der Mamma bei einer im 7. Monat Schwangeren ohne Glycosurie an; weder in der entzündeten noch in der gesunden Brust war Milchabsonderung zu bemerken.

Die Prognose der mit Abscessbildung in der Mamma verbundenen Glycosurie ist günstig; der Zucker verschwindet mit dem Nachlass der Entzündung und Eiterung. Therapeutisch hat man sich in Fällen, wo das Stillen fortgesetzt werden soll, auf die gewöhn-

lichen chirurgischen Regeln zur Behandlung der Brustabscesse zu beschränken, andernfalls ist außerdem noch die Laktation durch Abführmittel und den täglichen Gebrauch von Jodkalium zu unterdrücken.

Brockhaus (Godesberg).

Litterarische Neuigkeiten.

J. B. Baillière & Fils, Paris.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Tome XXXIII. 8°. 10 Fr.

G. Masson, Paris.

H. Napias et **A. J. Martin,** L'étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882. 8°. 8 Fr.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 25. **Sonnabend, den 7. Oktober.** **1882.**

P. P.

Bei dem Zusammentreffen vieler Vertreter der inneren Klinik auf dem ersten Kongress für innere Medicin in Wiesbaden ist auch der Gedanke lebendig geworden, die einheitliche Richtung, die unverkennbar unter den Anwesenden hervortrat, zu dauerndem Ausdruck zu bringen. Der Vorschlag der Unterzeichneten, hierzu das schon bestehende Centralblatt für klinische Medicin zu benutzen, fand dankenswerthen Anklang.

Da der Verlag des Blattes ohnehin einen Wechsel erfuhr, so erschien es der bisherigen Redaktion um so angemessener, gleichzeitig auch die Tendenz und Form desselben auf Grund jener Zustimmungen zu erweitern.

Und so erscheint das Centralblatt für klinische Medicin nunmehr unter der Herausgabe mehrerer Vertreter der inneren Klinik aus Nord und Süd, und der gemeinsamen Redaktion bereitwillig zusammengetretener, an inneren Kliniken thätiger Kollegen.

Möge die Gemeinsamkeit und Übereinstimmung dieser Bestrebungen einen gedeihlichen Einfluss des Centralblattes auf die Richtung der inneren Medicin begünstigen, und ihm in weiten Kreisen der Kollegen wohlwollende Anerkennung verschaffen.

Rühle. Finkler.

Die Trichterdrainage.

Eine Methode zur operativen Entleerung von Hautödemen.

Von

Dr. F. Straub,

zweitem Assistenzarzt der medicinischen Klinik zu Tübingen.

In der hiesigen medicinischen Klinik ist seit einigen Jahren in Fällen, bei denen eine mechanische Entleerung von Ödemflüssigkeit aus der Haut indicirt erschien, die Punktion mit dem Kappillartrokar von Southey vorgenommen worden, und zwar im Allgemeinen mit befriedigendem Erfolg.

Längere Beschäftigung mit derartigen Fällen hat mich zu einer Methode geführt, welche ich als Trichterdrainage bezeichnen und der Punktion mit dem Kapillartrokar, vor der sie manche Vorzüge zu haben scheint, an die Seite stellen möchte. Sie beruht im Princip darauf, dass ein Trichter, der an seinem dünnen Ende mit einem abwärts hängenden Kautschukschlauch versehen ist, wenn er mit seiner weiten Öffnung auf eine flache oder nachgiebige Hautstelle aufgesetzt wird, in Folge des Luftdrucks an derselben haftet und nach Art eines Schröpfkopfs auf dieselbe wirkt, sobald der Schlauch mit Flüssigkeit gefüllt ist. Wenn man in eine hydropisch geschwollene Haut einen Einschnitt oder Einstich macht, dann einen kleinen mit Kautschukschlauch versehenen Trichter aufsetzt und so lange festhält, bis die ausfließende Flüssigkeit den Kautschukschlauch gefüllt hat, so haftet nachher der Trichter während unbegrenzter Zeit an der Haut und übt anhaltend einen mäßigen Zug aus, durch welchen Flüssigkeit ausgesogen wird, die dann sofort durch den Kautschukschlauch in ein untergesetztes Gefäß abfließt. Der Trichter haftet schon sogleich beim Aufsetzen, wenn man denselben nebst dem Schlauch vorher mit Wasser, oder, was gewöhnlich vorzuziehen ist, mit einer dünnen Karbolsäurelösung ($^1/_2$—1%) gefüllt hat. Es ist zweckmäßig, das untere Ende des Kautschukschlauches in die abfließende Flüssigkeit untergetaucht zu halten, weil in Folge von Luftblasen, welche im

Schlauche aufwärts steigen könnten, die Höhe der Flüssigkeitssäule und damit der dadurch bewirkte Zug vermindert werden würde. Sollte ausnahmsweise eine etwas stärkere Blutung stattfinden, so würde man, um durch Gerinnung des Blutes eine Verstopfung der engen Trichterröhre oder des Schlauches zu verhüten, mit dem Aufsetzen des Trichters warten, bis die Blutung aufgehört hat. Der an dem Trichter hängende Kautschaukschlauch kann beliebige Länge haben und darf auch, bevor sein offenes Ende bis in die Höhe des Zimmerbodens herabgeführt wird, beliebige Biegungen aufwärts oder abwärts oder seitlich machen, ohne dass dadurch die Stärke des Zuges beeinträchtigt wird, welche immer der Höhendifferenz zwischen der auf die Haut aufgesetzten Trichteröffnung und der untersten Grenze der Flüssigkeitssäule im Kautschukschlauch, resp. dem Stande der Flüssigkeit in dem untergesetzten Gefäße, entspricht. Es kann auch der Schlauch beliebig durch eingeschobene Glasröhren unterbrochen und an diesen Stellen durch Anbinden fixirt werden, so dass ein Ablösen des Apparates durch etwaige Zerrung oder Verschiebung verhütet wird. Es ist dies besonders wichtig, wenn man den Trichter, wie es oft geschehen ist, 12 Stunden und länger auf der Haut aufsitzen lässt, wobei der im Bett liegende Kranke in der Nahrungsaufnahme, im Schlafen u. s. w. durchaus nicht behindert ist und sogar auch unbedenklich mit der Extremität, auf welche der Trichter aufgesetzt ist, kleine Lageveränderungen vornehmen darf. Sollte einmal zufällig der Trichter abgelöst worden sein, so kann er sofort wieder aufgesetzt werden, wenn man denselben nebst dem Kautschukschlauch wieder mit Flüssigkeit füllt.

Die von mir verwendeten Trichter waren Glastrichter, deren weite Öffnung etwa 4—5 cm im Durchmesser hatte; die Kautschukschläuche hatten ein Lumen von etwa 4 mm Durchmesser.

Es wurden z. B. entleert:

1) in einem Falle von chronischem Morbus Brightii mit Herzdegeneration in verschiedenen Zwischenräumen: in $2^1/_4$ St. 2270 ccm, in 7 St. 2800 ccm, in 24 St. 8050 ccm.

2) In einem Falle von Degeneration und Dilatation des Herzens: in $4^1/_2$ St. 1200 ccm, in 3 St. 1100 ccm.

3) In einem Falle von chronischem Morbus Brightii: in 24 St. 1800 ccm.

4) In einem Falle von enormem allgemeinem Hydrops in Folge von Morbus Brightii: in 79 St. 24800 ccm, in 4 Tagen 10000 ccm.

Die betreffenden Krankheitsfälle, so wie auch die Einzelheiten in Bezug auf die Anwendung der Methode sind ausführlich dargestellt in meiner im Druck befindlichen Inauguraldissertation (Beitrag zur operativen Behandlung der Ödeme der Haut. Tübingen 1882).

---

338. **Griffini e Cambria.** Sull' etiologia della pneumonite cruposa. Über die Ätiologie der Pneumonia crouposa.

(Giornale internazionale delle scienze mediche Anno IV. Fasc. 5 e 6.)

Aus einer Reihe zahlreicher experimenteller Untersuchungen haben die Verff. Folgendes ausgezogen:

1) Im Blute und im Sputum der Pneumoniker findet man einen specifischen Bacillus, welcher von Klebs' Monadinen verschieden ist.

2) Das speichelfreie unter die Haut oder in die Trachea von Kaninchen und Hunden eingespritzte Sputum der Pneumoniker bewirkte immer eine Krankheit, deren Symptome diejenigen der Septikämie waren, und deren Ausgang immer der Tod war. Das Blut dieser Thiere, mehrere Stunden vor dem Tode entnommen, und unter die Haut eines anderen Thieres inokulirt, tödtete es rasch. Die Waschung des Mundes mit einer Salicylsäurelösung änderte nicht die tödliche Wirkung des Sputums. Verff. behaupten dass dies nicht eine specifische Wirkungsart des Sputum der Pneumoniker sei, indem einige alte Erfahrungen von Senator bewiesen haben, dass die Hunde, denen er hypodermatisch frischen bronchialen Schleim beigebracht hatte, gestorben sind.

3) Der Speichel der Pneumoniker tödtet die Kaninchen rasch; bei Hunden erzeugte er nur einen Abscess am Orte der Injektion.

4) Das defibrinirte, in das Cavum Peritonei oder in die Trachea der Kaninchen und Hunde eingespritzte Blut der Pneumoniker bewirkte verschiedene und bei Hunden kleine Temperaturerhöhungen; nie eine Form von Pneumonie.

5) Die Kulturflüssigkeiten des Bacillus des Blutes der Pneumoniker, welche unter die Haut und in die Trachea der Thiere bei verschiedenen Vegetationsperioden des Bacillus inokulirt wurden, bewirkten unregelmäßige Temperaturerhöhungen, aber keine Veränderungen der Lungen und anderer Organe. Die Temperaturerhöhungen waren stärker bei Kaninchen; das inokulirte Blut dieser Kaninchen bewirkte analoge Temperaturerhöhungen. Die Einspritzung eines Tropfens Kulturflüssigkeit in die vordere Kammer des Auges eines Kaninchens erzeugte starke Suppuration, lokale Entzündung und den Tod in Folge septischer Infektion.

6) Der Bacillus des Sputum und des Blutes der Pneumoniker geht immer ins Blut der inokulirten Hunde und Kaninchen über. und im Blute wird er gefunden in mäßiger Menge, welche nach dem Tode des Thieres zunimmt. Der Bacillus aber erzeugt nicht die krupöse Pneumonie; und seine Anwesenheit im Blute der Pneumoniker muss man als sekundäres Faktum betrachten: mittels der Luft dringt er vielleicht in Lungen der Pneumoniker und darauf ins Blut.

7) Der in die Trachea in kleiner Dosis eingespritzte Ammoniak erzeugte ohne Ausnahme eine Form von Pneumonie, welche immer lobär ist, wenn das Thier die Inokulation einige Tage überlebt. Die

mit Inokulation von Pneumonikerstoffen vorher erzeugte Infektion bildet keine Disposition in den Thieren; also der Ammoniak wirkt nicht als einfacher occasioneller Grund, aber kann für sich allein eine wahre krupöse Pneumonie erzeugen. — Diese Krankheit darf man also auch beim Menschen nicht als eine Infektionskrankheit betrachten.

Die Ansicht Semmer's, dass die miasmatischen Krankheiten (unter welche er malarisches Fieber, Meningitis cerebro-spinalis und krupöse Pneumonie rechnet) nicht mit Inokulation übertragen werden können, wurde von Marchiafara-Tommati's Untersuchungen widerlegt, welche bewiesen haben, dass mit Einspritzungen des Blutes der Malarischen die Infektion in den Thieren erzeugt werden kann. Also die Anwesenheit eines Bacillus im Blute der Pneumoniker, welchen man ins Blut der Thiere einspritzen kann, ohne dass man in diesen die Krankheit erzeugen könne, scheint den Verff. ein bedeutungsvolles Resultat, und veranlasst die Verff. zu untersuchen, ob man die Schizomyceten auch bei fieberhaften Entzündungen anderer Organe im Blute finden könne, Schizomyceten, welche nicht den Grund der Krankheit bilden, aber im Blute der Fiebernden die Bedingungen zu ihrer Entwickelung finden. **Mya** (Turin).

---

339. **Ponfick** (Breslau). Über gemeingefährliche Schwämme.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 17.)

P. stellte mit der frischen Morchel so wie mit gedörrten Schwämmen zahlreiche Fütterungsversuche an Hunden an. Nach älteren Experimentalerfahrungen ist die frische Morchel bereits in einer Gabe von 1% des Körpergewichts ein heftiges Gift, in einer Dosis von 1—2% wirkt sie bereits tödlich, und zwar ist die Intoxikation nicht auf eine Erkrankung des Digestionstrakts, sondern auf eine Desorganisation des Blutes, den Zerfall der rothen Blutkörperchen zurückzuführen, wodurch die Symptome Ikterus, Nephritis etc. bedingt werden. In einer relativen oder absoluten Unfähigkeit des Organismus zur Exkretion der normalen Auswurfstoffe im Verein mit plötzlichem Verlust des Blutes an werthvollen Bestandtheilen erblickt Verf. den Grund für die Schwere der Symptome. In zwei Tabellen werden Thatsachen niedergelegt, welche die vielen scheinbar so verwirrenden Widersprüche in dem Verhalten der Morchel aufzuklären geeignet sind. Die Hauptträger des Giftes sind die rohen (frischen) Schwämme als Ganzes, sodann das Dekokt (die trübe Brühe), welches als verderblichste Quintessenz des ganzen Giftpilzes, zum Schutze von Mensch und Thier sofort vernichtet werden müsste. Von geringerer Wirkung ist die heiße Waschflüssigkeit, von keiner Wirkung die kalte.

Im Verhältnis zur Ausbreitung der Konsumption des Morgelgerichtes ist die Vergiftungsfrequenz eine kleine; dies erklärt sich leicht aus der Bereitungsweise dieser Pilze. Die erste Brühe nämlich (Dekokt)

so wie die heiße Waschflüssigkeit wird weggeschüttet und lediglich der Rückstand, »die heißen Träber«, weiter zubereitet, indem die zerschnittenen Pilzstücke ausgedrückt, in Butter geschmort, mit Bouillon nachgefüllt und darin gar gekocht werden. Es wäre sehr gefährlich, die Morcheln ohne Weiteres, oder etwa die erste Brühe zu verzehren, unschädlich hingegen die heiß extrahirten Schwämme, das Morchelgemüse zu essen. Den übrigen vielfach angeklagten Nebenumständen spricht Verf. einen Einfluss auf die Giftigkeit der Morchel ab, so der Feuchtigkeit und Konstitution des Bodens, sodann dem Klima und den Jahreszeiten, ferner der etwa in Entwickelung begriffenen Verderbnis der Pilzsubstanz bei schwülem oder regnerischem Wetter, der Anwesenheit endlich von Würmern und anderen Parasiten unter den Falten des Pilzhutes. Gedörrte Pilze sind innerhalb der ersten 14 Tage recht gefährlich, weniger, aber doch unverkennbar, innerhalb des ersten und zweiten Monats, von da ab bis zum vierten verlieren sie ihre deletären Eigenschaften mehr und mehr. Halbjährige, jährige oder noch ältere Stücke sind durchaus unschädlich und können ohne weitere Vorsichtsmaßregeln getrost verspeist werden.

J. Wolff (Breslau).

---

340. **Schollenbruch** (München). Über progressive perniciöse Anämie.

(Ärztliches Intelligenzblatt 1882. No. 35 u. 36.)

Nach einer ausführlichen Besprechung der Litteratur über die perniciöse Anämie kommt Verf. auf die Beantwortung der Frage, welches die Gründe für das seltene Vorkommen dieser Erkrankungsform in München sind. Es ist diese Seltenheit vorzüglich in den äußerst günstigen Ernährungsverhältnissen der Einwohner Münchens begründet, für deren Beurtheilung die Untersuchungen Forster's (Zeitschrift für Biologie Bd. IX) maßgebend sind, wonach die Eiweiß- und Fettmengen in der Nahrung der Arbeiterbevölkerung die Minimalforderungen Voit's für den erwachsenen thätigen Menschen bedeutend übersteigen.

Bei den drei zum Theil in extenso geschilderten Fällen von perniciöser Anämie kommen bezüglich der Ätiologie nur die der Krankheit unmittelbar vorhergegangenen schlechten Lebens- und Ernährungsverhältnisse in Betracht, die Jahre lang bestanden hatten.

Seifert (Würzburg).

---

341. **Ebstein.** Die Fettleibigkeit und ihre Behandlung.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1882.

E. bespricht zunächst die Beziehungen der Fettleibigkeit zur fettigen Entartung, die Menge und Lokalisation des Fettes im physiologischen Zustande, das chemische Verhalten des Fettes, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose der Fett-

sucht; siehe die Details im Original. Hauptursache der Fettleibigkeit ist nach ihm eine »absolut oder relativ, d. h. im Verhältnis zum Stoffverbrauch zu reichliche Nahrungsaufnahme. Die Fettsucht des Menschen ist nichts weiter als das Analogon der Mast bei den Thieren«. Begünstigt wird die Fettleibigkeit durch Mangel an Bewegung und Sonnenlicht. Dass Störungen der geschlechtlichen Funktionen auf ihre Entwicklung von Einfluss sind, ist für den Mann nicht erwiesen und bei dem öfter beobachteten Zusammentreffen von Menstruationsanomalien und Fettleibigkeit bei den Frauen spielt nach E. die gleichzeitig vorhandene Anämie, die überhaupt als ein wesentlich prädisponirendes Moment für die Entstehung der Fettsucht anzusehen ist, die Hauptrolle. Von Wichtigkeit ist ferner Erblichkeit und konstitutionelle Anlage; erstere wurde von Bouchard in 33%, von Chambers in 56% gefunden.

Betreffs der Bildung des Fettes im Körper ist E. der Ansicht, dass es hauptsächlich aus zerfallenden Eiweißstoffen entsteht. Besonders stark ist der Fettansatz bei reichlicher Eiweißzufuhr, wenn gleichzeitig Kohlehydrate in relativ nicht zu großer Menge genossen werden, indem letztere die vollständige Verbrennung der Eiweißkörper verhindern. »In analoger Weise können auch Fette indirekt den Fettansatz aus zerfallendem Eiweiß bewirken, aber diese Gefahr ist eine unvergleichlich geringere als beim Genuss von Kohlehydraten. Denn die Fette, welche weit schwerer als Kohlehydrate in Kohlensäure und Wasser zerfallen, begünstigen die Abspaltung des Fettes aus dem Eiweiß, so gut wie gar nicht. Die Fette vermindern ja gleich den Kohlehydraten den Eiweißzerfall, aber das Eiweiß, welches beim gleichzeitigen Genusse von entsprechenden Fettmengen der Zerstörung anheimfällt, zerfällt vollständig, ohne Fett zu hinterlassen.«

Bei der Behandlung der Fettleibigkeit unterscheidet E.:

1) die medikamentöse,

2) die diätetische.

»Letztere zerfällt wieder in zwei Unterabtheilungen:

a) in solche, welche durch Veränderung der Einfuhr von Nahrungsmitteln zu wirken sucht, diätetische Behandlung im engeren Sinne des Worts,

b) in solche, welche durch eine Umänderung des Modus und der Ratio vivendi das erstrebte Ziel zu erreichen bemüht ist.«

Die medikamentöse Behandlung ist gegenwärtig ganz verlassen; E. hält auch nichts von Mineralwasserkuren, »wenn dieselben wegen der Fettleibigkeit allein, wofern sie lediglich auf zu reichliche und unzweckmäßige Lebensweise zurückzuführen ist, verordnet werden«. Auch vermehrte Muskelthätigkeit allein führt nicht zum Ziel, weil der dadurch entstehende stärkere Appetit zur Einführung größerer Nahrungsmengen verleitet, durch welche die entstandenen Mehrausgaben immer wieder ausgeglichen werden.

Anlangend die diätetische Behandlung, so verwirft E. alle Me-

thoden, welche als sogenannte »Kuren« nur für kürzere oder längere Zeit gebraucht werden können. »Es handelt sich bei der Heilung der Fettleibigkeit nicht um eine Kur, welche man abthut, wie eine Vergnügungsreise, um darauf zu seiner früheren Lebensweise zurückzukehren und gleich wieder fett zu werden, wie das so oft geschieht; es kommt vielmehr auf eine dauernde Umänderung der Lebensweise nach physiologischen Principien an.« Verwerflich sind nach E. alle diätetischen Vorschriften, welche entweder durch die Einförmigkeit der erlaubten Kost bald Ekel bei dem Kranken erregen, oder welche zwar den Kranken mager machen, gleichzeitig aber auch seine Leistungsfähigkeit herabsetzen und langsam zur Inanition führen. E. ist daher ein Gegner der Methoden von Chambers, Banting und Cantani. Darauf fußend, dass das Körperfett aus zerfallendem Eiweiß sich bildet, dass seine Bildung durch den gleichzeitigen Genuss von Kohlehydraten begünstigt wird, durch Fett aber nicht, schreibt er eine aus Eiweiß und Fett bestehende Diät vor, unter Ausschluss von Zucker, Süßigkeiten aller Art und Kartoffeln in jeder Form. Brot höchstens 80—100 g pro die, von den Gemüsen gestattet er Spargel, Spinat, Kohlarten und besonders Leguminosen. Der Genuss von Fett hat noch den Vortheil, dass das Sättigungsgefühl dadurch rascher eintritt. Natürlich muss die Quantität der Speisen, entsprechend der Größe, dem Körpergewicht, der Muskelthätigkeit vom Arzte genau vorgeschrieben werden. Das Nähere über den Speisezettel siehe im Original. E. führt einige Fälle an, bei denen seine Methode mit gutem Erfolg gebraucht wurde. Besonders indicirt ist sie bei gleichzeitig bestehender Anämie. Komplikationen mit Gicht, Fettherz und Diabetes sind keine Kontraindikationen.

Brockhaus (Godesberg).

---

342. **Allison.** Multiple tubercular tumor of the brain causing epilepsy. Multiple tuberkulöse Tumoren des Gehirns als Ursache von Epilepsie.

(The med. record Bd. XXII. No 9.)

Der Fall betrifft einen 16jähr. Knaben, der seit 3 Jahren an heftigen epileptischen Anfällen litt, die zu bedeutender Schwächung der Intelligenz geführt hatten. Gleichzeitig bestand Lungentuberkulose. Der Pat. ging apoplektisch zu Grunde. Bei der Autopsie fand sich neben den gewöhnlichen Veränderungen in den Lungen etc. am Schädel starke Entwicklung der Pacchionischen Granulationen, starke Verdickung der Pia mater, besonders am Kleinhirn und an der Basis, auf der Spitze des rechten Mittellappens eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Cyste, in deren Umgebung die Gehirnwindungen abgeplattet waren. »Ein kleiner Tumor fand sich gerade am Eingang ins rechte Foramen opticum, der den Opticus komprimirte. Dieser Tumor hatte ungefähr den Durchmesser des Nerven und hing mit einem andern bohnengroßen, graurothen Tumor zusammen, der vor

dem Chiasma nerv. opt. rechts von der Longitudinalfissur lag. Dieser letztere Tumor war umgeben von einer Masse erweichten Gewebes, das durch einen leichten Wasserstrahl sich wegwaschen ließ und den Tumor frei in einer walnussgroßen Höhle zurückließ, in der er nur durch eine kleine Arterie mit dem vorderen Theil des Gehirns in Verbindung stand. Die Oberfläche des Tumors war uneben, mit blassen Granulationen bedeckt.« Ein anderer Tumor fand sich rechts nahe dem Gyrus fornicatus. Dieser hatte eine harte, unebene Oberfläche und zeigte sich zusammengesetzt aus einer kalkigen Schale und einem trocknen, käsigen und kalkigen Inhalt. An der Basis des rechten Corpus striatum ein frischer Bluterguss.

A. hat außer diesem noch 3 andere Fälle von Epilepsie und epileptiformen Konvulsionen als Folge von Gehirntumoren beobachtet, die er kurz beschreibt.

Brockhaus (Godesberg).

---

343. **Leube.** Über die Umwandlung des Rohrzuckers in Traubenzucker im menschlichen Magen.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin.) Wiesbaden, **I. F. Bergmann**, 1882.

Es wird bis jetzt angenommen, dass im Magen der Rohrzucker, also der gewöhnlich von uns genossene Zucker, nicht verändert werde, speciell sich nicht in Traubenzucker umwandle, dagegen mit krankem Magensafte zusammen sich in Traubenzucker umändere. Und in der That, wenn man einem gesunden Menschen den Magen ausspült und, nachdem man sich überzeugt hat, dass in dem Spülwasser keine Spur von Traubenzucker ist, in diesen leeren Magen eine Rohrzuckerlösung bringt und eine halbe Stunde nachher den Magen wieder ausspült, so findet man im Spülwasser zwar noch Zucker, aber keine Spur von Traubenzucker. Wenn man dagegen bei einem kranken Menschen auf dieselbe Art verfährt, so erhält man in dem Spülwasser eine starke Traubenzuckerreaktion. Daraus folgerte man, dass der gesunde Magen den Rohrzucker nicht in Traubenzucker verwandelt, dass dagegen das schleimhaltige Sekret des kranken Magen dies thue. L., welcher es von vorn herein für bedenklich hielt, dem kranken Magen eine Fähigkeit zuzuschreiben, welche der gesunde Magen nicht besitzt, erklärte sich den Vorgang so, dass auch der gesunde Magen die Fähigkeit besitzt, den Rohrzucker in Traubenzucker zu verwandeln, dass aber der Traubenzucker sofort resorbirt wird. Diese Annahme als die einzig richtige zu beweisen, war L. auf verschiedene Weise im Stande. Zu den Verdauungsversuchen außerhalb des Organismus gewann er sich reinen Magensaft dadurch, dass er einen gesunden Magen mit eiskaltem Wasser ausspülte; durch den Reiz des Eiswassers sonderte die Magenschleimhaut Magensäure ab, so dass die ausgespülte Flüssigkeit sauer reagirte. Nahm er von dieser Flüssigkeit etwa einen Becher voll, setzte eine Rohrzuckerlösung hinzu und brachte ihn in den Brutofen, so wurde der Rohrzucker in Trau-

benzucker verwandelt, gerade wie dies auch geschah, wenn er mit Flüssigkeit aus dem kranken Magen die Umwandlung versuchte. Daraus folgt mit Recht, dass nur wegen der Resorptionsunfähigkeit des kranken Magens der Traubenzucker gefunden wird, dass im gesunden Magen wegen der schnellen Resorption die falsche Annahme entstand. Es gelang aber weiterhin noch L., den direkten Beweis für die bezüglichen Resorptionsverhältnisse zu liefern, durch Versuche, welche zeigen, wie von einer Traubenzuckerlösung nach einer bestimmten Zeit im gesunden Magen der Traubenzucker sich nicht mehr vorfindet, im kranken Magen nach der nämlichen Zeit dagegen nachweisbar ist. **Prior** (Bonn).

---

344. **Steinitz** (Breslau). Die Anwendung des Induktionsstromes bei chronischen Magenkatarrhen, Magenektasien und beim chronischen Magengeschwür.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 13.)

Die in vielen Fällen unzureichenden Erfolge der medikamentösen und diätetischen Behandlung bei chronischen Magenleiden veranlassten den Verfasser, gleichsam als ultimum refugium den Induktionsstrom zu versuchen. Auch anderweitig ist bereits früher die Elektricität bei den fraglichen Leiden empfohlen worden. Das angewandte Verfahren besteht darin, dass beide, meist breite Elektroden auf die entferntesten Stellen des Magens, bald in horizontaler, bald in vertikaler Richtung. Anfangs mit geringerer, baldigst mit steigender Stromesstärke aufgesetzt werden. Eine solche Sitzung dauert in der Regel fünf Minuten und wird täglich zweimal aufgenommen. Schon bei dem ersten Versuche konnte sich Steinitz überzeugen, wie günstig die Faradisation einwirkte. Sehr schwere Fälle von Magenektasien wurden erfolgreich behandelt. Weiterhin bewährte sich die elektrische Anwendung bei chronischem Magenkatarrh mit Ulcus und bei rein chronisch dyspeptischen Kranken; gerade die letzteren wissen das Wohlthuende dieser Behandlung zu schätzen. **Prior** (Bonn).

---

345. **Nothnagel.** Über die Wirkungen des Morphin auf den Darm.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin.)
Wiesbaden, **I. F. Bergmann,** 1882.

Es ist eine allgemein feststehende Thatsache, dass Opium und seine Präparate beim gesunden Menschen und auch bei verschiedenen pathologischen Zuständen den Stuhl anhalten. Untersuchungen, welche O. Nasse und Gscheidlen anstellten, um experimentell zu ergründen, wie das Opium verstopfend wirkt, ergaben das auffallende Resultat, dass Morphin die Erregbarkeit des Darmes erhöht, und dass die Bewegungen des Darmes vermehrt werden.

N. hatte bereits eine eigenthümliche Wirkung beobachtet, welche

die Kali- und Natronsalze ausüben, wenn man die äußere Oberfläche des Darmes mit einem Krystall berührt. Berührt man nämlich mit einem Kalisalze, gleichgültig mit welchem, eine Stelle des Darmes, so bekommt man eine ganz energische lokale Einschnürung; berührt man mit einem Natronsalze den Darm, so sieht man neben einer lokalen Einwirkung eine aufsteigende Kontraktion des Darmes. Diese Erscheinungen sind so stetig und auffallend, dass N. vorgeschlagen hat, sich der Natronwirkung zu bedienen, wenn man bei Operationen wissen will, was die auf- oder absteigende Partie des Darmes ist. Diese Versuche wurden angestellt in der Mehrzahl an Kaninchen und zwar in dem Kochsalzbade von Sanders und Braam Houkgeest; die Thiere waren betäubt durch subkutane Ätherinjektionen, welche die Darmbewegungen fast gar nicht beeinflussen. War das Abdomen geöffnet, so überzeugte sich N. zuerst von der Wirkung der Natronsalze; dann bekam das Thier eine subkutane Morphiuminjektion und schon nach zwei Minuten fehlte die aufsteigende Natronkontraktion. Dabei kann es also sich handeln um eine Lähmung des Plexus myentericus resp. submucosus, oder um eine Reizung des Hemmungsnerven des Darmes. Injicirte aber N. noch mehr Morphin, so stellten sich nicht nur die aufsteigenden Natronkontraktionen wieder her, sondern sie erschienen stärker wie zuvor bei einer relativ großen Dosis Morphin. Daraus folgt deutlich, dass es sich bei der ersten Wirkung handelt um eine Reizung des Splanchnicus, so dass also Morphin in kleinen Dosen den Splanchnicus reizt, in größern lähmt.

Bei ganz großen Dosen gelang es N. ein paar Mal, diese zweite Periode wieder zum Verschwinden zu bringen, so dass er nur lokale Kontraktionen sah, herrührend von der direkten Einwirkung auf die glatten Muskelfasern; er fasst es so auf, dass die enormen Dosen schließlich die bewegenden Nerven der Darmwand außer Thätigkeit setzen.

Die verstopfende Wirkung des Morphiums und des Opiums besteht also darin, dass es in kleinen Dosen, wie wir sie gewöhnlich anwenden, den Hemmungsnerven des Darmes erregt, den Splanchnicus reizt, genau so wie die Digitalis auf den Herzvagus einwirkt.

Prior (Bonn).

---

346. **Engel.** Localization of intestinal catarrh. Lokalisation des Intestinalkatarrhs.

(The med. record 1882. Bd. XXII. No. 10.)

Während Nothnagel bei der Lokalisirung der Darmkatarrhe hauptsächlich die Beschaffenheit der Entleerungen in Betracht zieht, sind nach E. neben diesen noch folgende Punkte von differentielldiagnostischer Wichtigkeit: die Natur des Schmerzes, das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Übelkeit und Erbrechen, die Krankheitsursache, das Erscheinen von Blut in den Stühlen und die Be-

schaffenheit desselben, die Urinsekretion, die Wirkung auf die allgemeine Ernährung des Körpers und das Verhalten der Haut.

»Die Entleerung von Schleim allein zeigt gewöhnlich Katarrh des Rectums an, doch kann in solchen Fällen der Schleim auch aus der Flexura sigmoidea und dem Colon descendens stammen. Hyaline, schleimige, nur unter dem Mikroskop erkennbare Klümpchen, die innig mit den festen oder breiigen Faeces gemischt sind, lassen auf Katarrh im oberen Theil des Dickdarms und des Dünndarms schließen. ohne Mitergriffensein des unteren Theils des ersteren. Kleine gelbe Schleimklümpchen zeigen Katarrh des Dünndarms an. Gallig gefärbte Epithelien deuten auf Katarrh des Dünndarms mit vermehrter Peristaltik und rascher Bewegung der Contenta durch den Darm. Besteht hohes Fieber, so darf man aus dem Erscheinen unverdauter Fleisch- etc. Stücke in dem Stuhl nicht den Schluss auf eine Darmerkrankung ziehen; ein derartiger Befund ohne gleichzeitiges Fieber zeigt gewöhnlich Katarrh des Dünndarms an, doch können auch abnorme Quantitäten unverdauten Fleisches im Stuhle auftreten ohne Fieber und Darmerkrankung, wenn nur aus irgend welcher Ursache die Peristaltik über die Norm gesteigert ist. Ist bei einem Darmkatarrh die Fettmenge in den Faeces eine abnorm große, so deutet das ebenfalls auf vermehrte Peristaltik.«

Von der Auskultation und Perkussion ist nach E. bei der Lokalisirung der Darmkatarrhe nichts zu erwarten.

Bezüglich des Schmerzes stellt E. folgende Behauptungen auf: »Ist derselbe kneifend und wird durch Druck gemildert, so handelt es sich um Katarrh des Dünndarms, eben so wenn der Schmerz um den Nabel herum lokalisirt ist. Ist der Leib aufgetrieben, ohne dass der Pat. ein Gefühl von Völle und Beklemmung hat, so handelt es sich um Erkrankung des Dünndarms, im andern Fall um solche des Col. transversum. Verstopfung, allein oder abwechselnd mit geringen flüssigen Entleerungen, mit Fieber und mit lokalisirtem Schmerz im Bereich einer wurstförmig aufgetriebenen, gegen Druck empfindlichen Stelle deutet immer auf eine Erkrankung des Colon; besonders häufig ist das Coecum ergriffen — katarrhalische Typhlitis. Tenesmus und zum Rücken und After ausstrahlende Schmerzen kommen vor bei Erkrankung des Col. desc., der Flex. sigmoid. und des Rectums. Wird der Schmerz mehr durch Aufstoßen als durch Flatus gemildert. so ist der Dünndarm Sitz der Erkrankung, ist das Gegentheil der Fall, der Dickdarm. Nausea, Erbrechen, belegte Zunge kommt gewöhnlich bei Katarrh des Dünndarms, selten des Dickdarms vor; Diätfehler erzeugen meist den ersteren, Erkältung und infektiöse Ursachen den letzteren. Das Blut ist um so dunkler, je höher im Darm die Quelle der Blutung liegt; es ist nach E. ein Irrthum, die schwarze Farbe des Blutes allein der Einwirkung des Magensafts zuzuschreiben. da die Galle ebenfalls das Blut schwarz macht. Ist der Sitz der Blutung im Dickdarm, so findet man in dem Stuhl hellrothe Blutcoagula.

Die Urinsekretion ist um so weniger gestört, je höher der Sitz der Darmaffektion ist, eventuell beobachtet man bei Erkrankung des oberen Abschnittes des Dünndarms eine vermehrte, bei Ergriffensein der unteren Dünndarmpartien und des Colons eine verminderte Urinsekretion. Katarrhe des Dünndarms erzeugen rascher Abmagerung und Kräfteverfall, als solche des Dickdarms. Hauteruptionen, z. B. Herpes labialis, lassen immer schließen, dass die Erkrankung auf den Dünndarm beschränkt ist.

Von praktischer Wichtigkeit ist nach E. die Lokalisation der Darmkatarrhe hinsichtlich der Therapie und der zu verordnenden Diät. Will man antiphlogistisch oder ableitend wirken, so ist der Erfolg um so sicherer, je genauer die angewendeten Mittel (Blutegel, Vesicantien etc.) auf die dem erkrankten Darmabschnitt entsprechende Hautpartie applicirt werden. Die besten Mittel, um eine Entleerung des Darmes herbeizuführen, sind nach E. bei Affektionen des Dünndarms Rheum, Kalomel und Podophyllin, bei denen des Dickdarms Aloe und Klysmata; gegen chronische katarrhalische Entzündung des Dünndarms empfiehlt er Mandelemulsion mit Zusatz von Aq. Laurocerasi, bei jener des Dickdarms Injektionen von lauem oder kaltem Wasser mit Zusatz von kleinen Mengen Natr. bicarb. und Kochsalz; als Adstringentien sind bei Dünndarmaffektionen Plumb. acet., Arg. nitr., Wismuth, Acid. tannic. und Kino, bei Dickdarmerkrankung adstringirende Suppositorien etc. anzuwenden (s. das Weitere im Original). Hinsichtlich der Diät empfiehlt E. bei Dünndarmaffektionen Vermeidung eiweißreicher Nahrungsmittel, die, wie z. B. Milch bei der Enterokolitis der Kinder, oft schlecht ertragen werden, dagegen Schleim- und Wassersuppen; bei Dickdarmerkrankung sind nur solche Nahrungsmittel abzurathen, die viele und feste Faeces machen.

Brockhaus (Godesberg).

---

347. **Cattani.** Sul tumori renali. Über die Nierengeschwülste.

(Archivio scienze mediche vol. IV. Fasc. 1.)

Die Unterscheidung zwischen Nieren-Krebs und -Sarkom wird oft vernachlässigt, indem man unter dem kollektiven Namen »Krebs« sowohl den wahren Krebs als andere maligne Geschwülste und besonders Sarkom umfasst. Desswegen sind die diesen Punkt betreffenden Statistiken meistens wenig genau. Verf. findet unter 395 Fällen von Gestorbenen in Folge von krebsigen Affektionen fünfmal den Nierenkrebs, einmal das Sarkom. In Fällen von Krebs beobachtete er immer Hämaturie, welche im Falle des Sarkom fehlte. Die Schmerzen, welche beständig die beobachteten Fälle begleiteten, hatten die Form von Anfällen, welche auf den Lenden ausstrahlten, und fast ausschließlich die Lendengegend trafen, wo sich die erkrankte Niere fand. Was die Harnuntersuchung betraf, so lassen die darin gefundenen Elemente nur die Läsion vermuthen. Sie fehlen vollständig in den meisten Fällen, so dass dies als ein wenig genaues

diagnostisches Kriterium betrachtet werden kann. In zwei Fällen beobachtete Verf. die villöse Form des Krebses, welche nie vorher beobachtet worden war. Bei denselben war auffallend die Entwickelung der Papillen aus dem Epithelium der Harnkanälchen, und zwischen den Schichten des proliferirenden Epitheliums setzte sich das peritubuläre Bindegewebe ein, so dass das Epithelium die papilläre resp. villöse Form annahm. **Graziadei** (Turin).

Kasuistik.

348. **Bucquoy.** Kyste hydatique du poumon droit; opération de l'empyème après ponctions. Guérison. Hydatidencyste der rechten Lunge. Operation des nach Punktionen entstandenen Empyems. Heilung.

(L'union méd. 1882. No. 120.)

Ein 39jähriger Mann erkrankt an Fieber, Stichen in der rechten Seite, Übelkeit und galligem Erbrechen. Bei der Aufnahme ins Hospital ergab die Untersuchung mäßiges Exsudat rechterseits, Leber nicht vergrößert. Trotz der geringen Ausdehnung des Exsudats schwere Allgemeinerscheinungen; keine Tuberkulose. 10 Tage später rechtsseitiger Pneumothorax. Bei der rapiden Verschlimmerung des Allgemeinbefindens wurde die Punktion für indicirt gehalten und ausgeführt. Entleerung von 2800 ccm eitriger und stinkender Flüssigkeit. Vorübergehende Besserung. Nach einigen Tagen quälender Husten mit übelriechendem Auswurf. Eine neue Punktion entleerte ca. 100 ccm stark fötider Flüssigkeit. Es wurde daher die Empyemoperation beschlossen, um die Pleurahöhle besser ausspülen zu können. Bei derselben entleerten sich 800 ccm übelriechenden Eiters, in dem membranöse Fetzen schwammen. »Die Pleurahöhle schien leer als in der Operationswunde sich eine membranartige Masse vordrängte, die durch die Hustenstöße nicht ausgetrieben wurde, und welche man nach Einführung von zwei Fingern in die Pleurahöhle herausbeförderte. Die Masse hatte die Größe einer dicken Orange und erwies sich bei der Untersuchung als eine Hydatidencyste. Nach Entfernung derselben konnte man mit dem in die Pleurahöhle eingeführten Finger durch das Zwerchfell die vollständig glatte, konvexe Leberoberfläche betasten, so dass der Ursprung der Cyste nicht in der Leber gesucht werden konnte.« Bei den darauffolgenden Ausspülungen der Pleurahöhle wurde das Vorhandensein einer Kommunikation zwischen letzterer und den Bronchien konstatirt, indem die Ausspülungsflüssigkeit in den Mund gelangte und heftigen Husten veranlasste. Die Heilung erfolgte langsam aber vollständig. **Brockhaus** (Godesberg).

349. **Schuchardt.** Arrosion der Vena anonyma sinistra durch einen diphtheritischen Abscess nach Tracheotomie.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 15.)

Ein wegen Diphtheritis tracheotomirtes Kind von 4 Jahren bekam plötzlich 5 Tage nach der Operation eine enorme Blutung aus der Halswunde, welche in kürzester Zeit zum Tode führte. Das Blut war dunkelroth und stoßweise entleert worden.

Bei der Sektion gelangte man vom untern Theile der 3 cm langen Trachealwunde aus in eine große mit Blutcoagulis angefüllte zerrissene Höhle, welche sich in das Mediastinum herabzog und deutlich in die Herzbeutelhöhle vorbuchtete. Das Perikard war hier leicht gefärbt und mit feinen Fibrinbeschlägen versehen. Im Grunde der Abscesshöhle lagen die großen Gefäßstämme der linken Halsseite entblößt da, vielfach bedeckt durch missfarbige, graugelbliche Auflagerungen und

hierdurch etwas unkenntlich. Bei der Injektion von Wasser in die Gefäßstämme erwiesen sich die Arterienstämme als unversehrt, dagegen fand sich ein zerrissener 1 cm langer Spalt in der Wand der Vena anonyma sinist., gerade an der Theilungsstelle der V. subclavia und V. jugularis interna. Die Schleimhaut der Mundhöhle, Fauces, Mandeln, Uvula, Kehlkopf und Trachea waren vollkommen frei von Auflagerung und Entzündung. An der Trachealwunde fand sich eine kleine graugelbliche Auflagerung.

Einen ähnlichen Fall beobachtete Marchand, welcher bei der Obduktion ein stecknadelkopfgroßes Loch in der Arteria anonyma fand, durch Arrosion seitens eines diphtheritischen Abscesses verursacht, während die diphtheritische Halsaffektion vollkommen ausgeheilt war. Die tödliche Blutung war 7 Tage nach der Tracheotomie eingetreten, innerhalb welcher Zeit sich der prätracheale Abscess schleichend entwickelt und nach dem Mediastinum gesenkt hatte.

Prior (Bonn).

350. **Schuchardt.** Großes Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus aortae mit Usur der vordern Brustwand und Bildung eines mächtigen extrathoracischen Sackes. Tod durch Verblutung aus letzterem.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 15.)

Bei der Sektion des Pat., welcher 8 Jahre an Aneurysma gelitten haben soll und schließlich Blutungen erlag, welche drei Tage vor dem Tode sich einstellten, fand sich auf der Vorderfläche der Brust, fast in der Mittellinie eine mehr wie kindskopfgroße Geschwulst, mit breiter Basis aufsitzend, in den obern Theilen waren zwei große zerrissene, mit frischen Blutgerinnseln bedeckte Perforationsöffnungen.

Der Inhalt dieses Tumor war größtentheils Blutgerinnsel, in den äußern Theilen mehrfach derb geschichtet, innen von frischerer Beschaffenheit. Durch eine über fünfmarkstückgroße rundliche Öffnung im Sternum hängt die große äußere Geschwulst mit einem etwa eben so großen aneurysmatischen ziemlich dünnwandigen Sacke zusammen, welcher von der hochgradig erweiterten Aorta ascendens und dem Arcus aortae gebildet wird, zum Theil noch intraperikardial liegt und sich beiderseits stark gegen den Lungenhilus vorwölbt. Die äußere Geschwulst drängte ihrerseits wieder nach innen gegen die Pleura hin vor, und zwar besonders rechts an einer thalergroßen Stelle an der 3. und 4. Rippe in der Mamillarlinie, in Gestalt einer flach rundlichen, elastischen Erhebung. Das Herz war ziemlich groß, schlaff; die Aortenklappen etwas verdickt, sonst unverändert. Die Aorta sowohl wie die großen peripheren Gefäße waren schwer endarteriitisch erkrankt und verändert.

Prior (Bonn).

351. **Draper.** Rare case of chylous urine. Seltener Fall von chylösem Urin.

(The medical record Bd. XXII. No. 8.)

Ein 37jähriger Mann aus Westindien war in seinem 17. Jahre vom Pferde gestürzt und hatte dabei verschiedene Verletzungen der rechten Körperseite, aber keine am Kopfe dovongetragen. Bei einer bald nachher unternommenen längeren Seereise stellte sich erschwertes Uriniren ein. Nach der Expulsion eines kleinen, harten Klümpchens wurde die Entleerung des Harns wieder leicht; derselbe hatte längere Zeit hindurch eine milchige Beschaffenheit und wurde dann wieder klar und normal. Eine Striktur war nicht vorhanden, auch hatte Pat. nie an Tripper gelitten. Ähnliche Anfälle wiederholten sich im Laufe der folgenden 20 Jahre öfters. D. untersuchte den Harn während eines solchen; derselbe war von saurer Reaktion, eiweiß- und fetthaltig. Beim Stehen bildete sich ein opaker, gallertiger Niederschlag. Die Konsistenz des Harns war die der gewöhnlichen Milch. Unter dem Mikroskop zeigten sich Blut- und Lymphkörperchen, Fetttröpfchen und Fibrin. D. glaubte zunächst, dass es sich um Ruptur von Lymphgefäßen der Harn-

organe handele. Bei einer Untersuchung des Blutes wurde die Gegenwart einer großen Menge von Filaria sanguinis hominis konstatirt. Die einzelnen Exemplare dieses Parasiten hatten eine Länge von $^1/_{150}$—$^1/_{35}$ Zoll und einen Durchmesser von $^1/_{3500}$ Zoll. Merkwürdig war, dass dieser Parasit nur in dem während des Schlafs entnommenen Blut gefunden wurde. Auffallend war ferner, dass in dem nach einem Mosquitostich ausgetretenen Blut die Menge von Filaria eine größere war als in gleichzeitig entnommenen Blutproben. In welcher Weise der Chylusgehalt des Urins mit diesem Blutparasiten in kausaler Beziehung stand, lässt D. unentschieden, glaubt aber, dass in den Zeiten, in welchen der Urin normal war und Pat. sich vollständiger Gesundheit erfreute, das Blut frei von Filaria gewesen ist.

Brockhaus (Godesberg).

Litterarische Neuigkeiten.

J. B. Baillière & fils, Paris.

d'Ardennes, L., Les microbes, les miasmes et les septicémies. 8°. 4 Fr.
Chapuis, A., Précis de toxicologie. 8°. 4 Fr.
Legrand du Saulle, Les hystériques. 8°. 8 Fr.
Rougier, L. A., Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. 8°. 3 Fr.
Schlemmer, G., Étude sur les bronchites. 8°. 4 Fr.
Thiébaut, H., De la dilatation de l'estomac. 8°. 5 Fr.

A. P. Lemerre in Paris.

Déclat, Traitement antiseptique des maladies de la peau. 3e Édition. 12°. 3 Fr.

F. Furchheim in Neapel.

Tempesta, Q., Della obesità nelle donne. 8°. 3 Lire.

Typografia dell' Unione, Neapel.

Smurra, P., Nuove ricerche critiche sulla difterite. 8°. 3 Lire.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Prof. **Ehrlich**, Prof. **Finkler**, Dr. **A. Fränkel**
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 26. **Sonnabend, den 14. Oktober.** **1882.**

352. **Hayem.** Nouvelles recherches sur la coagulation du sang. Neue Untersuchungen über die Gerinnung des Blutes.

(L'union méd. 1882. No. 115, 118, 121, 125, 129 u. 132.)

Frühere Untersuchungen H.'s (s. dieses Centralblatt No. 19) haben ergeben, dass im Blute ein anatomisches Element, die Hämatoblasten, konstant vorkommt, welches sich durch ungemein leichte Veränderlichkeit auszeichnet und bei der Gerinnung eine Hauptrolle spielt. Um die Beziehungen, welche zwischen den Veränderungen der Hämatoblasten und der Fibrinbildung bestehen, genauer zu studiren, hat H. eine neue Reihe von Experimenten angestellt und zwar hauptsächlich an Pferden, deren Blut, seiner langsamen Gerinnung wegen, sich zu solchen Untersuchungen am besten eignet. Er stellte zunächst fest, dass die rothen Blutkörperchen bei dem Gerinnungsprocess voll-

ständig unbetheiligt sind; die Details der Versuche sind im Original nachzusehen. Er fand, dass die in der bekannten Geldrollenform zusammengetretenen und Anfangs zäh an einander haftenden rothen Körperchen nach vollendeter Gerinnung des Blutes sich leicht trennen lassen; bei defibrinirtem Blut tritt die Geldrollenbildung zwar auch ein, aber der Zusammenhang der einzelnen sie konstituirenden Körperchen ist von vorn herein ein lockerer. Diese Unterschiede in den physikalischen Eigenschaften der rothen Blutkörperchen vor und nach der Gerinnung sind noch deutlicher in dem Blute von Personen, die an entzündlichen Krankheiten leiden. H. glaubt, dass die rothen Körperchen im normalen Zustande von einer zähen Masse umgeben sind, welche während der Gerinnung des Blutes eine Erhärtung erleidet, dass also das rothe Körperchen an sich der Sitz einer Art von Gerinnung ist. Mit der Gerinnung des Blutes hat dieser Vorgang nichts zu thun; die Viskosität der rothen Körperchen kann eine deutliche Vermehrung erfahren, ohne dass das Blut fibrinreicher ist; in einem solchen Falle (hypertrophische Cirrhose mit Ikterus) war der Fibringehalt des Blutes geringer als normal. Die Modifikationen in der Viskosität der rothen Körperchen sind also von denen des Fibrins unabhängig. Zuweilen fand H., dass die Viskosität der rothen Körperchen, nachdem sie eine Zeit lang nach der Defibrinirung des Blutes verringert war, 24 bis 48 Stunden später wieder deutlicher ausgeprägt erschien.

Bezüglich der weißen Blutkörperchen ist H. auf Grund seiner Untersuchungen ein Gegner von A. Schmidt, welcher denselben eine bedeutende Rolle bei der Blutgerinnung vindicirt.

Die zur Stütze der Schmidt'schen Ansicht angeführte Beobachtung von gleichzeitiger Vermehrung der weißen Körperchen und des Fibrins in entzündlichen Krankheiten wird durch andere gegentheilige entkräftet. So fand H. in zwei Fällen von Leukocythämie und in einem von Knochensarkom bedeutende Vermehrung der weißen Körperchen ohne eine solche des Fibrins. Der Umstand, dass die weißen Körperchen die am meisten widerstandsfähigen Formelemente des Blutes sind, spricht nach H. gegen ihre Betheiligung am Gerinnungsprocess.

Weiter hat H. gefunden, dass die Gerinnungsfähigkeit des Blutes sich ändert mit der Vulnerabilität der Hämatoblasten. Letztere ist so groß, dass es nur schwer gelingt, die Hämatoblasten unverändert unter dem Mikroskop zu Gesicht zu bekommen. H. studirte das Verhalten der Hämatoblasten während der Stagnation des Blutes in den übrigens unverletzten Gefäßen. So lange das Blut flüssig blieb, waren Veränderungen nicht wahrzunehmen, dagegen traten dieselben nach Entleerung des Blutes sofort und rascher als bei frischem Blut ein. Die Experimente Glénard's, nach denen das Blut flüssig und uncoagulirt bleiben kann unter Bedingungen, unter denen die Hämatoblasten sicher verändert sind, weist H. als ungenau nach. Es gelang ihm nicht, durch Filtration etc. ein von Hämatoblasten freies und daher uncoagulirbares Plasma zu erhalten; dagegen fand er bei den

diesbezüglichen Versuchen erhebliche Verschiedenheiten zwischen dem Fibrin des nicht filtrirten und des filtrirten Plasmas: die Menge desselben, die Schnelligkeit, mit der die Gerinnung eintritt und die Retraktilität des Coagulums sind in ersterem größer und stehen nach H. in geradem Verhältnis zur Menge der im Plasma befindlichen Hämatoblasten.

Bezüglich der Kälte, welche bekanntlich die Gerinnung verhindert, fand H., dass dieselbe nicht ausschließlich auf die Hämatoblasten einwirkt, sondern auch die Fibringeneratoren beeinflusst. Es zeigte sich dabei, dass der Kontakt mit Fremdkörpern unmittelbar Gerinnung hervorrufen kann, ohne Mitwirkung von Hämatoblasten.

Ferner untersuchte H. den Einfluss der Gefäßwandung auf die Gerinnung. Er bespricht die verschiedenen Hypothesen hierüber, von denen er die Brücke'sche für die wahrscheinlichste hält, da eine Beziehung zwischen dem Flüssigbleiben des Blutes und der Integrität der Gefäßwand unzweifelhaft existirt. Er ist der Ansicht, dass auch hierbei die Hämatoblasten eine Rolle spielen, und glaubt nicht, dass der Einfluss der Gefäßwand auf das Flüssigbleiben des Blutes der gleichen Wirkung der Kälte und verschiedener Salze analog ist. Auf Grund seiner Experimente schließt er:

1) Wenn das Blut in frischen Gefäßabschnitten flüssig bleibt, so geschieht dies einzig und allein, weil unter diesen Bedingungen die Lebensfähigkeit der Hämatoblasten erhalten ist.

2) Wenn die Fibringeneratoren im Blutplasma gelöst sind, so coagulirt das in der Ader stagnirende Blut trotz der Integrität der Gefäßwand fast eben so, wie in einem offenen Gefäße.

Die von Bizzozero entdeckten Blutplättchen (s. dieses Centralblatt No. 11) hält H. für identisch mit seinen Hämatoblasten.

Brockhaus (Godesberg).

---

353. **Martineau** et **Hamonic.** De la bactéridie syphilitique. De l'évolution syphilitique chez le porc. Über das syphilitische Bakterium. Über die Entwickelung der Syphilis beim Schweine.

(L'union méd. 1882. No. 122.)

Die Verff. excidirten einen indurirten Schanker aus der linken kleinen Schamlippe und brachten ihn in Pasteur'sche Nährflüssigkeit (s. die Details im Original). Nach 3 Stunden zeigten sich in letzterer flockige Trübungen, nach $6^1/_2$ Stunden bildete sich auf dem Grunde des Gefäßes ein geringer grauer Niederschlag.

Am folgenden Tage ergab die mikroskopische Untersuchung die Gegenwart zahlreicher Bakterien in der Flüssigkeit. Dieselben zeigten Stäbchenform und lebhafte Bewegungen verschiedener Art. Die am häufigsten beobachtete Bewegung war der einer Magnetnadel ähnlich. Die Länge der Bakterien war verschieden, übertraf aber nicht den

Durchmesser eines Blutkörperchens. Man bemerkte an denselben weder Kerne, noch Umhüllungen, noch Granulationen. Sie waren meist zu zweien in einer horizontalen Linie gruppirt, entweder allein in folgender Form (— —) oder je zwei und zwei verbunden (== ==). Neben diesen sah man in geringer Zahl andere, 5—6mal so lange Formen, die sich wenig bewegten, und vereinzelte kleine, sich lebhaft bewegende Punkte, welche, wie spätere Untersuchungen ergaben, die von oben gesehenen Spitzen der stäbchenförmigen Bakterien darstellten.

Die Verff. machten mit dieser Flüssigkeit subkutane Injektionen in der Nähe des Penis bei einem fünf Monate alten Schwein. Schon am folgenden Tage konnten sie im Blute des Thieres analoge Bakterien nachweisen; ungefähr einen Monat nach der Injektion zeigten sich aus Abdomen des Thieres papulo-squamöse Syphiliden und gleichzeitig fielen die Haare aus. Ferner entwickelte sich in der Nähe der Injektionsstelle ein nussgroßer, schmerzhafter, unter der Haut beweglicher Tumor, der später mit der Haut adhärent wurde und ulcerirte. Nach einigen Wochen ist dieser Tumor gleichzeitig mit den Hauteruptionen verschwunden, die Ulceration ist mit Hinterlassung einer Induration vernarbt. Im Blut sind um diese Zeit keine Bakterien mehr nachzuweisen. Ein kleiner, rundlicher, bei Druck schmerzhafter Tumor, der sich am rechten Vorderfuß gebildet hatte, ist gleichfalls in der Verkleinerung begriffen.

Die Verff. impften ferner das Sekret eines indurirten Schankergeschwürs auf ein einige Wochen altes Schwein. 4 Tage nachher fanden sie im Blut des Thieres Bakterien, welche den oben beschriebenen ähnlich waren; nach 14 Tagen erschienen am Abdomen papulöse Syphiliden, Anfangs isolirt, später in größerer Zahl, die einige Zeit hindurch bestehen blieben, aber 2 Monate nach der Impfung vollständig verschwunden waren. Bei der Untersuchung des Blutes fanden sich einige Wochen nach der Impfung keine Bakterien mehr. Die Impfversuche, welche mit den im Blut dieser beiden Schweine gefundenen und weiter gezüchteten Bakterien an anderen Thieren angestellt wurden, hatten ein negatives Resultat.

Die Verff. machen auf die Schnelligkeit, mit der die Syphilis sich beim Schweine in beiden Fällen entwickelte, aufmerksam, so wie darauf, dass diese Krankheit bei den Thieren nicht die ganze Reihenfolge von Erscheinungen darbietet, wie beim Menschen. Sie glauben, dass nicht alle Thiere für das syphilitische Virus empfänglich sind. Bemerkenswerth ist ferner das rasche Verschwinden der Bakterien und die ziemlich schnelle Heilung der konstitutionellen Erkrankung.

Brockhaus (Godesberg).

---

354. Kerschensteiner. Über die Vertragbarkeit der Masern, des Scharlachs und der Blattern durch dritte Personen.

(Ärztliches Intelligenzblatt 1882. No. 37—40).

In einem Vortrag über obiges Thema, gehalten im ärztlichen Verein zu München, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen, nachdem sich an den Vortrag selbst eine interessante Diskussion angeknüpft hatte:

1) Die häufigste Ansteckungsart ist bei Blattern, Scharlach und Masern die unmittelbare, vom Kranken selbst ausgehende.

2) Die Vertragung des Keimes der Blattern, des Scharlachs und der Masern durch dritte Personen geschieht nur ganz ausnahmsweise.

3) Das Ausstauben von inficirten Kleidern bildet eine eigene Art der Übertragung.

4) Die Verschleppung durch Gegenstände, welche von den Kranken selbst benutzt wurden, muss zur unmittelbaren Übertragungsart gerechnet werden, eben so die Ansteckung durch ein hartnäckiges, ungewöhnlich lange Zeit an einer Lokalität haftendes Kontagium.

5) Die günstigsten Bedingungen für Ansteckung überhaupt existiren im Eruptionsstadium und zur Blüthezeit, die weniger günstigen im Stadium der Abschuppung.

Aus diesen Sätzen ergiebt sich für die sanitätspolizeiliche Praxis die Schlussfolgerung, dass bei den genannten drei Krankheiten der Verkehr von den Kranken zu Gesunden durch dritte Personen freigegeben werden darf, dass aber Alles vorzukehren ist, was direkte unmittelbare Ansteckung erzeugen kann. **Seifert** (Würzburg).

---

355. Schultze (Heidelberg). Über Tetanie und die mechanische Erregbarkeit der peripheren Nerven.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 20 u. 21.)

Verf. berichtet über 7 Fälle von Tetanie, von denen er 2 genauer beschreibt; der erste derselben, welcher eine 33jährige Näherin betraf, zeichnete sich durch eine hochgradige mechanische Übererregbarkeit aller oberflächlich gelegenen peripheren Nerven mit Ausnahme der Nerven der unteren Extremitäten aus, während die direkte Muskelerregbarkeit für mechanische Reize nicht erhöht war. Eben so war die elektrische Erregbarkeit hochgradig gesteigert. Der zweite Fall betraf einen 18jährigen Bierbrauer, bei dem sich die Tetanie hauptsächlich in tonischen Krämpfen des Radialisgebiets äußerte, die nicht bloß durch Druck auf die Art. brachialis, sondern auch durch Druck auf die Radialis und Carotis hervorgerufen werden konnten. Einen gleichen Effekt hatte die Einwicklung der Arme mit elastischen Binden und die Suspension derselben. Besonders bemerkenswerth war an diesem Falle eine während der Dauer der tonischen Krämpfe bestehende kom-

plete Analgesie und Anästhesie, die Verf. in keinem der übrigen Fälle konstatiren konnte, während ein anderes Phänomen, Erweiterung der Pupille nach Druck auf die Carotis der gleichen Seite, sich auch in andern Fällen fand.

Unter den 5 nicht näher beschriebenen Fällen befanden sich 2 Kinder mit Darmkatarrh. Nach einer kurzen Besprechung der Ätiologie und Pathologie der Krankheit geht Verf. über auf das Verhalten der mechanischen Erregbarkeit der peripheren Nerven. Durch einen genauen Vergleich des Verhaltens der peripheren Nerven (Gesichts- und Extremitätennerven) auf Perkussion der motorischen Punkte bei Gesunden und Tetanischen kommt er zu dem Resultate, dass es sich bei der Tetanie lediglich um eine Steigerung der schon normaler Weise vorhandenen mechanischen Erregbarkeit der peripheren Nerven handle. Die direkte mechanische Muskelerregbarkeit dagegen fand Verf. in keinem seiner Fälle erhöht. In Bezug auf die Frage, ob diese mechanische Übererregbarkeit der Nerven sich auch bei andern Krankheiten finde, verweist er auf die von Charkot festgestellte Hyperexcitabilité neuro-musculaire bei hypnotischen Hysterischen, wo jedoch zum Unterschied von der Tetanie es sich meist um Kontrakturen handle, die sich nur durch permanenten Druck auslösen lassen und auf der Tetanie ähnliche Erscheinungen im Gebiete des N. facialis bei bulbären Erkrankungen. Verf. bespricht dann das Entstehen der Krämpfe bei Tetanie durch Arterienkompression. Die von Weiss aufgestellte Hypothese, dass bei der Kompression der Gefäße die Sympathicusfasern mitgedrückt wurden und dieser Reiz reflektorisch die vordere graue Substanz errege, lässt er nicht gelten und schreibt dem von Weiss konstatirten Zusammentreffen von Schilddrüsenexstirpation und Tetanie keine Beweiskraft für dessen Hypothese zu, da nur in einem der beschriebenen Fälle das Verhalten der Erregbarkeit der peripheren Nerven vor der Operation geprüft worden sei.

Am nächstliegenden sei es den Grund für die Krämpfe in der Anämisirung zu suchen, in einer Reihe von andern Fällen handle es sich sicher um Muskelüberanstrengung bei einem zur Erregbarkeitserhöhung disponirten Individuum. Für die erstere Anschauung spreche der schon erwähnte Fall von dem Brauer, bei dem Suspension der Arme Krämpfe auslöste. Das letztere ätiologische Moment belegt er mit einem einen Soldaten betreffenden Fall, bei dem die Tetanie stets nach Turnen, langen Märschen und Ausführung von Griffen auftrat. Eben so trat bei dem Brauer nach Ausführung stärkerer Muskelaktion der Ober- oder Unterextremitäten von der Dauer einer Minute Tetanus auf. Allem nach seien es demnach viel eher die sensiblen Nerven als die sympathischen, welche den reflektorischen Vorgang veranlassen, doch lasse sich Bestimmtes hierüber noch nicht sagen. Verf. geht dann noch auf die Frage ein, wo im Nervensystem der Sitz der Tetanie zu suchen sei und möchte mit den meisten Autoren die Tetanie als eine peripherische Neurose auffassen mit dem Vorbehalte, dass sehr wohl das ganze motorische System von der Ganglienzelle bis

zur Verbindung mit der Muskelfaser sich im Zustande erhöhter Erregbarkeit befinden könne. Pathologisch-anatomische Grundlagen für die Tetanie fehlen noch vollständig. In Bezug auf die Therapie der Krankheit hat Verf. von der Anwendung des galvanischen Stromes keinen Erfolg gesehen und nur durch Ruhe, Schonung und Pflege des Körpers Besserung erzielt. **Gessler** (München).

---

356. **Nussbaum.** Einfache und erfolgreiche Behandlung des Schreibekrampfes.

(Ärztliches Intelligenzblatt 1882. No. 39.)

Von der Annahme ausgehend, dass bei diesem Leiden stets der Muskelantagonismus pathologisch verändert sei, dass spastische Kontraktionen der Flexoren und Adduktoren neben einem Schwächezustand der Extensoren und Abduktoren vorhanden sei, konstruirte N. einen Federhalter, der mit den Extensoren und Abduktoren statt mit den Flexoren und Adduktoren geführt wird. Diesen Zweck erreichte er durch Anlegung eines querovalen Bracelets von Guttapertscha, in das nur die vier ersten Finger (am wenigsten weit der Daumen), hineingesteckt werden und das so weit ist, dass es nur durch Benutzung aller Extensoren der vier Finger und der Abduktoren des Daumens festgehalten werden kann. An diesem Bracelet befindet sich der Stiel der Feder so angeschraubt, dass die Feder das Schreibpapier bequem berührt, wenn die Hand auf dem Tisch aufliegt. Durch einige Anstrengung der Extensoren wird das Bracelet gehalten, je fester desto besser und das Schreiben nach kurzer Übung leicht erlernt. Die Flexoren und Adduktoren werden bei dieser Art zu schreiben von jeder Funktion ausgeschlossen, daher nie vom Krampfe mehr befallen, die Extensoren und Abduktoren müssen sich dagegen mehr anstrengen, werden dadurch besser innervirt und ihr Schwächezustand zum Verschwinden gebracht.

N. brachte bei einigen Fällen den Schreibekrampf auf die angegebene Weise zur Heilung. **Seifert** (Würzburg).

---

357. **Fräntzel.** Über die Anwendung von Probepunktionen bei der Diagnose und bei der operativen Behandlung pleuritischer Exsudate.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin p. 200.) Wiesbaden, **I. F. Bergmann,** 1882.

Angehend gegen die große Beliebtheit, welche sich in der Praxis die Probepunktion erworben, betont F., dass sie »in Wirklichkeit meist überflüssig oder schädlich, selten wahrhaft zweckmäßig ist«. Einestheils kann die Punktion von Verschlimmerungen gefolgt sein, andererseits gewährt sie zu diagnostischen Zwecken keine besonderen Vortheile vor den gewöhnlichen kapillaren Trokaren, mit welchen

man die Entleerung gleich vollführen kann. Als besondere Nachtheile der Probepunktion führt F. Folgendes an:

»1) Oft entleeren wir hierbei nichts, während unsere gleich darauf angewandten gewöhnlichen Punktionsapparate große Mengen Flüssigkeiten entfernen.

2) Wir riskiren die Lungen zu verletzen, der Glaube, dass dies nichts schade, ist ein Aberglaube.

3) Wir entleeren nicht selten nur eine seröse Flüssigkeit, während das Exsudat wirklich eiterig ist.

4) Die Kanüle bricht bei ihrem Eindringen durch dicke Pleuraschwarten ab.

5) Das Exsudat wird durch die Punktion eiterig oder

6) gar jauchig.« **Finkler** (Bonn).

---

358. **Rossbach.** Über vasomotorische Zustände der Halsschleimhaut.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin.)
Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1882.

Mit Studien über die Behandlungsweise der Respirationskrankheiten beschäftigt, richtete R. zunächst seine Aufmerksamkeit auf das physiologische und klinische Verhalten der Schleimhäute. Vorab stieß er auf die auffällige Thatsache, dass die Schleimproduktion der Schleimhäute nicht etwa unter dem Einfluss von Centren außerhalb der Schleimhäute steht; die Schleimproduktion in den Schleimhäuten des Kehlkopfes und der Luftröhre ging stetig voran, auch wenn sämmtliche versorgenden Nerven durchschnitten waren, eben so wenn die Luftröhre oder der Kehlkopf oben und unten fest zusammengeschnürt war, so dass also das Blut nur noch von hinten, dem Ösophagus aus, in sie hineingelangen konnte. Andrerseits ließ sich feststellen, dass der Blutreichthum der Schleimhäute von Einfluss auf die Sekretion ist, und von diesem Gebiet aus das Centralnervensystem einen Einfluss auf die Menge der Schleimabsonderung besitzt. War bei einem Thiere, nach Durchschneidung aller Nerven, durch Liegen an der Luft die Schleimhaut allmählich geröthet, so trat eine vermehrte Schleimsekretion ein; durch Reizung der vasomotorischen Gefäßnerven nahm die Schleimabsonderung ab. — Es giebt eine Art von Katarrh, bei welchem die Menge der Schleimsekretion nicht im Verhältnis zur Stärke der Blutdurchströmung steht, welcher schon längst den Namen »trockener Katarrh« führt.

Weiterhin prüfte R. das obige vasomotorische Verhalten bei Einwirkung von Kälte auf den Körper. Die Sicherheit und Schärfe des Nachweises, wie Katarrhe durch äußere Erkältung zu Stande kommen, ist außerordentlich groß. Wenn man nämlich Thieren, etwa durch warme Umschläge, den Bauch erwärmt, also nur einen Theil des Körpers so gestaltet, wie man ihn bei einer Erhitzung annimmt, und nun einen kalten Umschlag auf die Partie bringt und gleichzeitig die

Schleimhäute beobachtet, so sieht man jedes Mal etwa nach einer halben Minute einen kompleten Arterienkrampf der Respirationsschleimhäute, so dass sie leichenblass erscheinen und die Schleimsekretion abnimmt. Der Krampf, welcher je nach der Kälteeinwirkung verschieden lange dauert, geht nach 5—10 Minuten in das Gegentheil über. Die Injektion wird immer lebhafter, es treten sogar Zeichen von verlangsamter Cirkulation auf. Es folgt daraus, dass wir uns die Schleimhautkatarrhe als auf dem Wege von Reflexen entstanden zu denken haben, welche durch den Einfluss der äußern Erkältung hervorgerufen werden. — Man nimmt an, dass die normale Schleimhaut immer dieselbe Röthe habe. R. fand aber, dass bei einigen an Neurasthenie oder Hypochondrie leidenden Menschen Labilität des vasomotorischen Systems vorhanden ist. Bei einem Pat. fand er z. B. starke Röthung und Schwellung der Schleimhäute, so dass er zu der Diagnose »chronischer Rachenkatarrh« kam; eine Viertelstunde nachher war die Schleimhaut blass und normal roth; wiederholt konnte sich R. überzeugen, wie an einem Tage die Schleimhaut normal gefärbt, am andern stark geschwellt war. Ähnliche Verhältnisse zeigten sich deutlich bei hysterischen Frauen. Ob aber ein Zusammenhang zwischen der starken Injektion und den Gefühlen, über welche der Kranke klagte, vorhanden war, oder ob beide von einer dritten Ursache abhingen, ließ sich nicht entscheiden. **Prior** (Bonn).

---

359. E. Bull. Operation bei einem perityphlitischen Abscesse. Tod.

(Mitgetheilt in der norweg. med. Gesellschaft zu Christiania in der Sitzung am 27. September 1882.)

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1882.)

25jähriger Mann. Vor einigen Jahren vorübergehende Schmerzen in der Ileocoecalregion. Als Kavallerist bekam er bei einem Feldmanöver vor 7 Wochen wieder einige Tage einen ähnlichen Schmerzanfall, der unter Opiumbehandlung verschwand. Vor 20 Tagen plötzlich heftige Schmerzen im rechten Inguen mit Erbrechen, einige Tage Verstopfung, später anhaltende Diarrhoe. Von einem Kollegen wurde ein Tumor oberhalb des rechten Lig. Poupartii konstatirt. Unter gewöhnlicher Behandlung einige Besserung; Erbrechen seltener; Schmerzen weniger heftig, aber bisweilen auch an anderen Stellen des Unterleibs auftretend; auch Druckempfindlichkeit hier und da, besonders doch im rechten Inguen; mehr oder weniger Meteorismus; in der letzten Woche bisweilen Singultus. Fieber, Abmagerung. Am 20. September ein Frostanfall.

Status praesens am 22. September, als B. gerufen wurde: Pat. etwas collabirt. Mäßiges Fieber. 132 Pulse. Unterleib wenig aufgetrieben; Diaphragmas Stand normal; keine Leberdämpfung. Empfindlichkeit besonders stark oberhalb des Lig. Poupartii, etwas Resistenz in der Tiefe, kein abgrenzbarer Tumor, keine Fluktuation; Perkussion zwei

Finger breit oberhalb des Ligamentes gedämpft. Die rechte Unterextremität lässt sich aktiv und passiv bewegen, doch mit Mühe und einigem Schmerz im Unterleibe. Übrige Organe gesund.

Probepunktion mit langer Hohlnadel dicht oberhalb des Lig. Poup. bis in die Fossa iliaca: chokoladefarbiger, stinkender Pus. Incision ohne Narkose und Antiseptik in einem Bauernhofe weit auf dem Land, durch die Bauchdecken; später mit stumpfen Instrumenten bis in die Abscesshöhle, die besonders nach oben und außen ziemlich ausgedehnt war; missfarbiger Pus und nekrotische Fetzen wurden ausgeleert. Ausspülung mit Karbolwasser; das Spülwasser kam ziemlich stark mit Blut gefärbt zurück; Drainage; Karbolumschläge. Bedeutende Erleichterung nach der Operation. Incitamente: Narkotika; Diät. In den folgenden Tagen etwas Blutung aus der Höhle. Tod nach ungefähr 40 Stunden. Zu einer Sektion war keine Gelegenheit.

B. hob hervor, wie häufig die Krankheitsbilder, die man Typhlitis und Perityphlitis genannt hat, ihren Ausgangspunkt im Processus vermiformis haben. Bei den perityphlitischen Abscessen ist eine chirurgische Behandlung wie überall bei ähnlichen Zuständen indicirt und gewöhnlich ohne größere Schwierigkeiten ausführbar. Die spärliche diesbezügliche Litteratur (vorwiegend amerikanisch) wurde angeführt. In dem mitgetheilten Falle trat der Tod ein, weil die Operation zu spät kam; das Individuum war zu stark mitgenommen, das Peritoneum in größerer Ausdehnung mitleidend. Die Operation muss früher gemacht werden, so bald der Abscess diagnosticirt werden kann; hierzu hilft die Probepunktion. Nach den Verschiedenheiten der Fälle muss man in der Lumbarregion oder am häufigsten im Inguen operiren. **Bull** (Christiania).

---

360. **Richard Pott** (Halle a/S.). Die specifische Vulvo-vaginitis im Kindesalter und ihre Behandlung.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung Bd. XIX. Hft. 1. N. F.)

Verf. behandelte vom 1. April 1876 bis 1. April 1882 44 Mädchen, die an sehr schweren Formen von Vulvo-vaginitis litten und zwar im Alter von 0—5 Jahren 27, von 5—10 Jahren 13 und von 10—15 Jahren 4 Mädchen. In den meisten Fällen hatte monatelang ein stark schleimigeitriger, oder rein eitriger Ausfluss aus den Genitalien bestanden. Verf. sieht in dem langandauernden Fluor albus den Ausdruck einer »specifischen übertragbaren Schleimhauterkrankung«. In vielen Fällen ist derselbe bedingt durch eine Infektion mit Trippergift, sei es durch Zusammenschlafen der Patientinnen mit tripperkranken Personen, sei es durch Nothzucht. In anderen Fällen ist derselbe das Symptom einer bestehenden Lues congenita; in wenigen Fällen liegt Masturbation vor. Der Oxyuris vermicularis wurde niemals vorgefunden. Dass Skrofulose, ferner Masern, Scharlach, Pocken Leucorrhoe hervorrufen, bezweifelt Verf. nicht, eben so wenig

das Vorkommen der Diphtheritis der Vagina und Vulva; jedoch die »katarrhalischen« Schleimhauterkrankungen in Folge einer »Erkältung«. Zur Untersuchung ist Inspektion, Digitalexploration und Spekularuntersuchung nothwendig. Erstere genügt in den meisten Fällen; die Digitalexploration ist schmerzhaft und meist mit Zerreißung des Hymen verbunden. Zur Spekularuntersuchung werden am besten Metalltrichter von 10 cm Länge und 5—8 mm Breite (etwa Katheter No VIII—XII) gebraucht. Die in dem Sekret sich befindenden Mikrokokken sieht Verf. nicht als specifische Krankheitserreger an.

Bei leichten Fällen genügen Ausspritzungen mit Alaun, Tannin, Zink, Höllenstein, oder Auspinselungen mit Hydrarg. praecipitat. alb. (1 : 10 Glyc. pur.), Borwasser (5 : 100), Karbolwasser (2 : 100), Thymollösung (0,1 : 100). In hartnäckigen Fällen, die häufig durch Stauung des Sekrets hinter dem Hymen bedingt waren, fand eine baldige Heilung durch die Zerreißung des Hymens in Folge der Untersuchung statt. Jedoch ist die Zerstörung des Hymen nicht nothwendig; die Jodoformbehandlung erzielt die besten Resultate. Von einer fein vertheilten Pulverform (5 Th. Jodoform auf 1 Th. pulv. Gummi mimos) wurden 2—4 g durch das eingeführte Spekulum eingeblasen; die Sekretion stand sofort. In den letzten 12 Fällen legte Verf. Jodoformbougies in die Scheide ein (5—8 cm lang und von der Dicke eines dünnen Bleistiftes). Das hintere Bougieende muss hinter dem Hymen liegen. Nur in 2 Fällen war die Wiedereinführung des Bougies nothwendig. **Asch** (Straßburg).

---

361. **Bockhart** (Würzburg). Beitrag zur Ätiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers.

(Sitzungsberichte der Würzburger phys.-med. Gesellschaft 1882.)

B. injicirte eine Spritze voll auf Fleischinfuspepton-Gelatine gezüchteter Gonokokken in die Harnröhre eines an Dementia paralytica leidenden Mannes, der sich im Endstadium befand und vollkommen anästhetisch war.

Die aus der klinischen Beobachtung und der mikroskopischen Untersuchung der Schnitte der Harnröhre gezogenen Schlüsse sind folgende:

1) Die Gonokokken sind die pathogenen Bakterien der gonorrhoischen Affektionen;

2) auf die Harnröhrenschleimhaut gebracht, dringen sie in die Lymphbahnen der Mucosa und Submucosa der Fossa navicularis ein, um sich hier zu vermehren und lebhafte Entzündung und Auswanderung farbloser Blutkörperchen zu veranlassen;

3) sie wandern in dieselben und in deren Kerne ein und dringen mit ihnen in die Blutgefäße und im Bindegewebe der Mucosa und Pars cavernosa nach aufwärts gegen die Blase zu vor;

4) sie zerstören schließlich die weißen Blutzellen, in die sie eingewandert sind, entweder im Gewebe selbst, oder bei der Durchwanderung durch die Epithelschicht oder im eitrigen Trippersekret; sie selbst, soweit sie im Gewebe bleiben, werden wahrscheinlich in diesem oder in der Blutbahn zerstört. **Seifert** (Würzburg).

---

362. **Seifert.** Über Acetonurie.

Würzburg, Stahel'sche Buchhandlung, 1882.

Trotz einer großen Anzahl von neueren Arbeiten über Acetonurie herrscht noch keine völlige Klarheit über die Verhältnisse, wie sie bei der Ausscheidung des Acetons und diesem verwandter Körper von Belang sind.

Gerhardt, welcher sich auf die Arbeiten von Genther und Kaulich stützte, war der Ansicht, dass die mit Fe_2Cl_6 sich rothbraun färbenden Harne die Diacet- oder Äthyldiacetsäure enthielten, welche sich erst im Harne in Aceton, Alkohol und Kohlensäure spalte. Er kam zu der Ansicht, weil Genther zeigte, wie die Äthyldiacetsäure mit Eisenchlorid eine rothe Färbung verursachte und sich leicht in Aceton, Alkohol und Kohlensäure spaltet, welch letztere Substanzen Kaulich im Harne von Diabetikern nachweisen konnte.

Rupstein, ein Anhänger Gerhardt's, fand weiterhin, dass das Verhalten der durch Fe_2Cl_6 bedingten Rothfärbung gegen Zusatz von HCl, gegen längeres Kochen und das Verschwinden der Reaktion nach 8—14tägigem Stehenlassen des Harnes allein hinreichend sei, zu beweisen, dass es sich hier um die Genther'sche Säure handelt; zugleich bewies Rupstein, dass die Säure als Salz im Urin vorhanden sei, weil sie nur nach vorheriger Ansäuerung in den Äther übergeht und sich durch eine ätherische Eisenchloridlösung in diesem nachweisen lässt.

Eine Reihe Autoren stritten nun bald für, bald wider diese Ansicht. Obschon aber bereits Gerhardt darauf hinwies, dass im Harne notorischer Säufer die gleiche Reaktion auftrete, benutzte die Mehrzahl der Beobachter den diabetischen Harn zu ihren Untersuchungen, während erst in neuerer Zeit auf das Auftreten der nämlichen Erscheinung in dem Urine bei anderweitigen Erkrankungen die Aufmerksamkeit sich richtete.

S. selbst veröffentlicht nun eine Reihe von Beobachtungen, welche er an dem Harne akut fieberhaft erkrankter Personen mit der Eisenchloridreaktion gemacht hatte. Zunächst behandelt er die Frage, welchen Einfluss die Nahrung und Medikamente auf das Auftreten resp. Verschwinden dieser Reaktion zeigen. Vorher hatte schon Jaksch gezeigt, dass beim Diabetes mellitus ohne Einfluss auf die Rothfärbung vermittels Eisenchlorid sei: Karlsbader Wasser, Leberthran, Milchsäure, Mannit, isländisches Moos; künstliche Hervorrufung der Reaktion durch Einführen von Acetessigäther oder Aceton

waren erfolglos. S. suchte nachzuforschen, ob der Alkohol von Einfluss sei auf das Auftreten der Reaktion im Harne von Diabetes mellitus; es fand sich in der That deutlich, dass der Alkohol wohl von Einfluss auf diese Reaktion sein kann: mit der Entziehung des wenn auch leichten Weines wurde die Reaktion allmählich schwächer, auch gar nicht mehr nachweisbar; mit erneuter Weinzufuhr wurde sie wieder stärker, so dass sie nach kurzer Zeit ihre frühere Stärke wieder erlangte. Im Harne Gesunder, welche reichlich alkoholhaltige Getränke genossen hatten, ließ sich niemals diese Färbung mit Fe_2Cl_6 nachweisen.

In Bezug auf das Auftreten der fraglichen Reaktion im Harne von Nichtdiabetikern fand S. folgende Resultate, welche ihren praktischen Werth nicht verleugnen; sie wurden gewonnen durch Untersuchung des Harnes von schweren Typhusfällen, Pneumonien, Miliartuberkulose, akuten Nachschüben in der Phthise, ein Fall Scharlach etc. Es geht aus den Beobachtungen hervor, dass die febrile Acetonurie auftritt bei fieberhaften Processen, die sich durch sehr hohe Temperaturen (Infektionskrankheiten z. B.) und gleichzeitige beträchtliche Verdauungsstörungen auszeichnen; mit dem Nachlass des Fiebers und der Besserung der Intestinalerscheinungen verschwindet auch die Eisenchloridreaktion, so dass also bei der krupösen Pneumonie mit Eintritt der Krisis auch die Acetonurie verschwindet; ferner dass die fragliche mit Fe_2Cl_6 sich rothbraun färbende Substanz bei nicht zu reichlicher Bildung auf wenig geschwächte Individuen belanglos ist, dagegen bei vermehrter Bildung geschwächten Personen gegenüber höchst ungünstig, zumal auf deren psychische Funktionen, wirken kann.

Was nun das chemische Verhalten der fraglichen Substanz anbetrifft, so muss man sich zunächst hüten vor Verwechselungen, indem Rhodankalium, die ameisen- und essigsauren Salze, mit Eisenchlorid Rothfärbung geben, weniger eklatant Phenol und Salicylsäure. Die essig- oder ameisensauren Salze unterscheiden sich von der Färbung bei Acetonurie dadurch, dass sie weder aus angesäuertem noch aus unangesäuertem Harn in Äther übergehen. Die Färbungen mit Phenol und Salicylsäure zeigen violette Nuancen; auch zeigen die Phenol oder Salicylsäure oder Rhodankalium enthaltenden Harne selbst noch nach langem Kochen die Reaktion; endlich verschwindet in allen solchen Harnen die Reaktion auf Zusatz von koncentrirter Lösung mineralischer oder organischer Säure oder die Reaktion kommt gar nicht zu Stande, wenn man vorher die Säure zufügt.

Es zeichnet sich demnach nach S. die fragliche Substanz aus durch folgendes Verhalten:

1) Zusatz einiger Tropfen Eisenchlorid giebt rothbraune Färbung.

2) Kocht man den Harn, der diese Substanz enthält, so bekommt man die Fe_2Cl_6-Reaktion nicht mehr.

3) Wird die in solchen Harnen mit Fe_2Cl_6 entstandene rothe Flüssigkeit gekocht, so tritt sofort Entfärbung ein.

4) Koncentrirte Säuren zerstören in der Kälte diese Substanz nicht sofort, wohl aber nach einigen Minuten, es bleibt dann die Reaktion aus.

5) Wird solcher mit Fe_2Cl_6 rothgefärbter Harn mit Schwefelsäure versetzt, so verblasst die Reaktion, tritt jedoch bei vorsichtigem Neutralisiren wieder auf.

6) Werden solche Harne mit Schwefelsäure angesäuert und mit Äther geschüttelt, so bekommt man ein Ätherextrakt, das mit verdünnter Eisenchloridlösung ebenfalls rothbraune Färbung giebt, doch hat man hierbei darauf zu achten, dass sofort nach dem Ansäuern mit Äther geschüttelt (s. No. 4) und dass die Ätherschicht sofort abgehoben wird, wenn sie sich abgesetzt hat.

Prior (Bonn).

---

363. **Hurd.** On the convallaria majalis.

(The med. record Bd. XXII. Hft. 11.)

H. bespricht die Experimente, die Germain Sée mit dem Extrakt der Convallaria majalis an Hunden gemacht, so wie die Beobachtungen dieses Forschers über die Wirkung des Mittels am Menschen. Sée hält das Mittel für indicirt in allen Erkrankungen des Herzens. seien sie rein nervöser Natur oder mit organischen Veränderungen (Hypertrophie, Dilatation, Klappenfehler etc.) verbunden; besonders günstig ist die Wirkung der Convallaria majalis bei Hydrops und Ödemen in Folge von Herzkrankheiten, da es stark diuretisch wirkt; weniger gut sind die Resultate bei Herzaffektionen mit Dyspnoe. Hier leistet eine Verbindung des Mittels mit Jodkali oft Vorzügliches. Sée gab das Extr. Convall. maj. in Tagesdosen von 0,5—1,5 g. Cumulirende Wirkung, wie bei der Digitalis, hat er nicht beobachtet, eben so wenig unangenehme Nebenwirkungen.

H. wandte das Mittel in 2 Fällen mit sehr gutem Erfolge an. Der eine betrifft einen Patienten, der an Corrigau'scher Krankheit litt, mit häufigen Anfällen von Synkope, Dyspnoe und Angina. Schon nach dreitägigem Gebrauch des Mittels trat bedeutende Erleichterung ein. Der zweite Fall betrifft eine Dame mit Aorten- und Mitralisinsufficienz, enormer Dilatation des Herzens, ausgesprochener Asystolie. hochgradiger Dyspnoe in Folge von Blutüberfüllung im kleinen Kreislauf und Hydrothorax, Ödemen der Extremitäten etc. H. gab das Extr. Convall. maj. Anfangs zu 5 Tropfen vierstündlich und stieg bis zu 12 Tropfen. Die Herzthätigkeit wurde regelmäßiger, der Hydrothorax und die Ödeme verschwanden, die Diurese stieg um das Siebenfache.

Auf Grund dieser Erfahrungen empfiehlt H. das Mittel sehr zu weiteren Versuchen.

Brockhaus (Godesberg).

Kasuistik.

364. Thomayer (Prag). Über Vergiftung mit Chloroform.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 39.)

Einem 60jährigen Mann wurde wegen Schmerzen im rechten Schultergelenk ein Chloroformliniment zur äußerlichen Applikation verschrieben (Chloroform. — Olei oliv. āā 20,0). Der Kranke nahm die ganze Menge auf einmal zu sich, und wurde nach einer halben Stunde gefunden in vollkommener Bewusstlosigkeit, Athmung stertorös, Wangen, Lippen und Zunge hochgradig cyanotisch. Puls ziemlich voll und rhythmisch. Pupillen beide hochgradig verengt. Kein Zeichen von Reflexerregbarkeit.

Zuerst wurde der Magen ausgepumpt und hierbei etwa 1 Liter gelblicher nach Chloroform riechender Flüssigkeit entleert, nachher mehrmalige gründliche Ausspülung des Magens und zuletzt Einflößen von schwarzem Kaffee durch die Sonde. Die Zunge sank nach hinten zurück, das Athemgeschäft anstrengender, die Erstickungsgefahr drohend. Durch Hervorziehen der Zunge wurde die Respiration freier.

Nach $1^1/_2$stündiger Mühe fing Pat. an zu reagiren und auf die Hautreize zu reagiren, nach einer weiteren Viertelstunde war er wieder ziemlich bei Sinnen.

Seifert (Würzburg).

365. Sorel. Fièvre typhoide, Ulcérations des follicules clos du gros intestin, abscès du foie, péritonite. Typhus; Ulcerationen der geschlossenen Follikel des Dickdarms, Leberabscess, Peritonitis.

(L'union méd. 1882. No. 132.)

Ein 23jähriger Soldat erkrankte nach viermonatlichem Aufenthalt in Algier an einem anscheinend leichten Typhus. Am 13. Krankheitstage entstand stechender Schmerz im rechten Hypochondrium, der, Anfangs durch trockene Schröpfköpfe und Morphiumeinspritzungen gemildert, später einen kontinuirlichen, dumpfen Charakter annahm. Auch war die Lebergegend gegen Druck empfindlich, das Volum der Leber aber nicht vergrößert. Vom 20. Krankheitstage an leichte peritonitische Erscheinungen. Ende der 6. Woche scheint der Kranke in der Rekonvalescenz, als plötzlich unter stärkerem Fieber und Kleinwerden des Pulses Collaps eintrat und der Tod am 45. Krankheitstage erfolgte. In den letzten Lebenstagen war ödematöse Anschwellung des rechten Beines konstatirt worden.

Aus den Ergebnissen der Autopsie ist hervorzuheben: Schwellung und schwarze Verfärbung der Peyer'schen Plaques, am stärksten in der Nähe der Ileocoecalklappe, starke Schwellung und Ulceration der geschlossenen Follikel durch den ganzen Dickdarm. Dieselben springen wie Erbsen vor und haben das Aussehen von Blasen. Die Leber scheint eher etwas verkleinert, Gewicht 1500 g. An der konvexen Oberfläche des rechten Lappens ein kleiner hämorrhagischer Infarkt ohne Erweichung. Im linken Lappen ein orangegroßer Abscess, nach oben nur bedeckt von dem Peritoneum und der Membr. propria der Leber. Frische Verwachsungen mit Diaphragma, hinterer Fläche der unteren Partie des Sternums und dem Ansatz der rechten Rippenknorpel. Zeichen subakuter Peritonitis von hier aus zum kleinen Becken. In der rechten Vena cruralis ein Thrombus, vom mittleren Drittel des Oberschenkels beginnend und durch die Iliaca bis zur Vena cava reichend, mit Fortsetzungen in die linke Iliaca. Der älteste Theil dieses Thrombus gehört der rechten Iliaca an.

Da Pat. nur 4 Monate an einem hoch gelegenen Orte unter günstigen klimatischen Verhältnissen in Algier zugebracht und nicht an Dysenterie gelitten hatte, so ist nach S. die Annahme einer suppurativen Hepatitis der heißen Länder zurückzuweisen und vielmehr an ein Fortschreiten der Entzündung von dem Dickdarm aus durch das Pfortadersystem nach der Leber zu denken. Bei der Lage des Abscesses unter dem Diaphragma und hinter dem Sternum war die Diagnose

desselben intra vitam nicht möglich. Bemerkenswerth ist nach S. die Geringfügigkeit der peritonitischen Symptome. **Brockhaus** (Godesberg).

366. Leubuscher (Jena). Ein Fall von Tabes dorsalis im frühesten Kindesalter.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 39.)

$3^1/_2$jähriger Knabe aus gesunder Familie, der immer gestottert hat, sonst früher nie krank war, wird plötzlich von allmählich sich steigernden Gehstörungen befallen, welche sich zuerst in schnell auftretender Müdigkeit beim Laufen, dann in Unfähigkeit ununterstützt zu gehen, äußern. Seit 6 Wochen besteht völlige Unfähigkeit zu gehen, und in der letzten Zeit Änderung der Sprache. 3 Monate nach Beginn des Leidens Aufnahme auf die Kinderstation. Stat. praes.: Kleiner, schwächlicher, nicht rhachitischer Knabe, sitzt aufrecht im Bett. Keine Lähmungen im Bereich des Facialis, der Augenmuskeln und der Zunge. In den Bewegungen der Arme fällt beim Ergreifen von Gegenständen auf Kommando, Zuknöpfen etc. ein geringer Grad von Koordinationsstörungen auf. An den Unterschenkeln geringe Atrophie; alle Bewegungen der unteren Extremitäten möglich, rohe Kraft intakt. Die erhobenen Beine schwanken bei geöffneten Augen, stärker bei geschlossenen, hin und her, namentlich das linke Bein. Kniereflexe fehlen, eben so das Fußphänomen; Hautreflexe intakt. Ununterstützt kann Pat. weder stehen noch gehen. Bei Unterstützung fallen bei Gehversuchen typische Schleuderbewegungen auf, besonders bei geschlossenen Augen exquisit ataktischer Gang. Sensibilität durchaus intakt. Sprache zeigt neben Stottern ataktische Störungen; die Worte zögern oder werden stoßweise, undeutlich unter häufiger Vokaldehnung ausgesprochen. Keine Blasen- oder Mastdarmerscheinungen. Unter Behandlung mit schwachem aufsteigendem galvanischem Strom innerhalb 4 Wochen wesentliche Besserung der Ataxie in den Beinen. Die Erscheinungen der oberen Extremitäten und der Sprache unbeeinflusst.

Der Fall unterscheidet sich von den bisher beschriebenen, von Friedreich unter dem Namen »hereditäre Ataxie« bezeichneten Formen, durch das jugendliche Alter des Pat., den rapiden Verlauf. Durch letzteren Umstand erklärt sich vielleicht das Fehlen von Sensibilitätsstörungen, so wie von ataktischem Nystagmus, welche nach längerem Verlaufe sich zeigen. Hereditäre Belastung besteht nicht.

Kohts (Straßburg).

367. A. Wertheimber (München). Fall von Ulcus ventriculi simplex.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. N. F. Bd. XIX. Hft. 1.)

Ein 10 Jahre altes, anämisches Mädchen leidet seit längerer Zeit an dyspeptischen Störungen. Nach einem Sprung stellten sich plötzlich Schmerzen in der Regio epigastrica ein; nach einigen Stunden erfolgt Bluterbrechen und am folgenden Tage blutiger Stuhlgang. Die Blutungen wiederholten sich täglich eine Woche lang; denselben ging jedes Mal ein kardialgischer Anfall und Übelkeit voraus. Die Respirationsorgane zeigten normale Beschaffenheit.

Nach Darreichung von Eismilch, Karlsbader Schlossbrunnen unter Zusatz von Karlsbader Salz am Morgen, und des Biliner Sauerbrunnens am Nachmittag neben passender Diät trat baldige Besserung und nach 5 Wochen Genesung ein. Obwohl sich bei Kindern häufig hämorrhagische Infiltration der Magenschleimhaut vorfindet, so wird das Ulcus ventriculi rotundum in diesem Alter sehr selten gefunden.

G. Budd fand dasselbe nur bei einem $14^1/_2$jährigen Mädchen; Rokitansky bei keinem unter 14 Jahren. Brinton fand bei 226 Sektionen nur in 2 Fällen das Alter von 1—10 Jahren betroffen. **Asch** (Straßburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 27. **Sonnabend, den 21. Oktober.** **1882.**

368. Versuche über die Wirkung der Milzbrandimpfungen nach dem Pasteur'schen Verfahren.

(Archiv für wissenschaftl. und prakt. Thierheilkunde 1882. Bd. VIII. Hft. 4 u. 5.)

Nach den günstigen Erfolgen der Pasteur'schen Milzbrandimpfungen in Frankreich wünschte auch der Direktor der Berliner Thierarzneischule diesbezügliche Versuche anzustellen. Auf seine Anfrage bei Pasteur erklärte dieser sich bereit einen seiner Assistenten nach Preußen zu schicken, der vor einer vom Minister für Landwirthschaft etc. ernannten Kommission die Impfungen ausführen sollte. Nach Genehmigung des Ministers geschahen diese noch auf dem vom Milzbrand durchseuchten Gute Packisch. 12 Stück Rindvieh und

50 Schafe wurden mit Beobachtung aller Kautelen (Isolirung, Fütterung u. s. f.) zum Versuche ausgewählt, indem die eine Hälfte geimpft wurde, die anderen als Kontrollthiere dienten. Nach der ersten Schutzimpfung mit der wieder virulenten Flüssigkeit, premier vaccin genannt, machten sich bei den Thieren weder lokale krankhafte Veränderungen an den Impfstellen noch Störungen des Allgemeinbefindens oder Temperatursteigerungen bemerkbar. Die zweite mit der wirksameren Lymphe (deuxième vaccin) vorgenommene Impfung erzeugte bei einzelnen Thieren, Rindern wie Schafen mehr oder minder heftige Erkrankungen; 3 Schafe starben am Impfmilzbrand. Darauf wurden sowohl die geimpften wie die Kontrollthiere mit Milzbrandblut inficirt. Von den ersteren erkrankte keines, die übrigen Thiere erkrankten alle, drei Rinder und sämmtliche Schafe gingen an Milzbrand zu Grunde.

Es hatte sich somit herausgestellt, dass die Schutzimpfung volle Immunität gewährt, dass aber 12% der geimpften Schafe der Schutzimpfung zum Opfer fielen. Dieses unbefriedigende Resultat wurde von Pasteur auf Verhältnisse der Rasse zurückgeführt, und eine zweite Versuchsreihe gewünscht. Der Minister stellte für eine solche bereitwilligst die ganze Schafherde der Domäne Packisch, zwei Haufen von 128 Mutterschafen und 123 Lämmern bezüglich 128 Mutterschafen und 103 Lämmern zur Verfügung. Die Impfung mit premier vaccin gab das gleiche Resultat wie in der ersten Versuchsreihe. Bei der zweiten Impfung stellte sich bei allen Thieren eine geringe Störung des Allgemeinbefindens ein; nur ein Mutterschaf starb an Impfmilzbrand. Eine Karbolinfektion mit Milzbrandblut an 24 geimpften und 12 ungeimpften Thieren zeigte, dass letztere sämmtlich an Impfmilzbrand zu Grunde gingen, dass die ersteren zwar alle erkrankten, aber nur zwei von ihnen starben. Eine dritte Versuchsreihe auf Wunsch des Amtsraths Lücke und auf seine Gefahr an 52 Stück Rindvieh angestellt, ließ sämmtliche Thiere am Leben.

Die Ergebnisse stellen sich also so dar: Rindvieh erlangt durch Überstehen des Impfmilzbrandes volle Immunität gegen diese Krankheit. Die erste Schutzimpfung hat weder bei Rindern noch bei Schafen, die zweite bei beiden Erkrankungen, aber nur selten lebensgefährliche zu Folge. Kontrollimpfung mit Milzbrandblut lässt geimpfte Rinder und Schafe nur leicht, ungeimpfte stets schwer erkranken, nur schwächliche, geimpfte Schafe erlangen keine Immunität gegen Milzbrand durch den Impfschutz.

Über die Dauer des Impfschutzes müssen weitere Versuche Aufklärung geben.

Karewski (Berlin).

369. **Fehleisen.** Über die Züchtung der Erysipelkokken auf künstlichem Nährboden und ihre Übertragbarkeit auf den Menschen.

(Sitzungsberichte d. Würzb. physiol. med. Gesellschaft 1882.)

Nachdem Fehleisen in einer großen Anzahl von Erysipelfällen immer wieder dieselben charakteristischen Mikrokokken nachgewiesen, versuchte er solche auch auf künstlichem Nährmaterial zu züchten. Anfangs machte er die Kulturversuche mit dem Inhalt der Erysipelblasen; aber vergeblich. Erst als die Koch'sche Fleischinfuspeptongelatine als Nährboden und kleine Hautstückchen aus der Peripherie des Rothlaufs zur Aussaat benutzt worden, entwickelten sich weiße dichte Kokkenrasen, die auch auf neue Nährböden übertragen werden konnten. Bei mikroskopischer Untersuchung fanden sich die charakteristischen Mikroorganismen.

Zum exakten Beweis für den ätiologischen Zusammenhang derselben mit dem Erysipel fehlte noch eine Impfung an Versuchsthieren oder am Menschen. F. hatte die Gelegenheit, gerade die letztere Art der Übertragung (auf den Menschen) vorzunehmen. Zu therapeutischen Zwecken wollte Geh.-R. Rinecker einer mit multiplen Fibrosarkomen behafteten Frau ein Erysipel inokuliren. Fehleisen erhielt nun die Erlaubnis, zu dieser Inokulation seine Kokken zu verwenden, und sein immerhin gewagtes Experiment hatte einen so vortrefflichen Erfolg, dass die Frau beinahe an ihrem Impferysipel zu Grunde gegangen wäre. Die Geschwulst selbst hat nach einer anfänglichen Anschwellung an Umfang wieder abgenommen, sich auch theilweise zurückgebildet; ein bestimmtes Urtheil über die bedenkliche Therapie lässt sich noch nicht fällen.

Jedenfalls ist aber der Nachweis erbracht, dass das Erysipel eine specifische Bakterienkrankheit ist. Übrigens gelangen auch Impfungen an Kaninchen, über welche weitere Publikationen vorbehalten werden.

Karewski (Berlin).

---

370. **O. Petersen.** Über Milzruptur bei febris recurrens.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1882. No. 37 und 38.)

P. berichtet zunächst in ausführlicher Besprechung über die Litteratur der Milzrupturen bei Recurrens und theilt dann 15 von ihm obducirte Fälle mit. 7mal handelte es sich um spontane Berstung mit Bluterguss in die Bauchhöhle, 8mal um Berstung von in Erweichung und Vereiterung übergegangenen Milzpartien. Nach den aus der Litteratur berichteten 17 Fällen stellt sich dagegen das Verhältnis der spontanen Ruptur zur Ruptur nach Abscedirung wie 2 : 3. P. hat im Jahre 1879 29, 1880 105 und 1881 83 Fälle von Recurrens secirt; er fand 1880 bei 64%, 1881 bei 68% der Secirten Milzinfarkt. Infarkt- und Abscessbildung sind also sehr häufig; sie sind auch die häufigste Ursache der Berstung.

Ein Fall war besonders bemerkenswerth dadurch, dass aus der rupturirten Milz das Blut sich in den an einer kleinen Stelle mit der Milz verwachsenen Dickdarm ergossen hatte; an der verwachsenen Stelle war eine stecknadelkopfgroße Öffnung.

Aus P.'s Zusammenstellung ergiebt sich, dass der mediane und konvexe Theil der Milz besonders der Gefahr des Kapselrisses ausgesetzt sind.

Als Ursache der spontanen Ruptur wird gewöhnlich Blutüberfüllung und Druckeinwirkung von außen angeführt. Diese Ursache ließ sich jedoch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nur in einem Falle annehmen.

Es scheint P. jedoch nicht ohne Bedeutung, dass gerade der mediane und konvexe Theil der Milz besonders häufig der Ort der Läsion ist. »Sollte nicht der Füllungsgrad des Magens oder der Druck des Diaphragma dabei eine Rolle spielen?«

Bezüglich der Festigkeit der Milzkapsel hat P. eine Reihe von Versuchen angestellt, welche jedoch noch nicht abgeschlossen sind. Normale Milzen zu sprengen gelang ihm bisher nicht.

Die spontane Ruptur führt schnell zum Tode durch Collaps, in höchstens 20 Stunden. In einem Falle fand sich leichte Injektion des Peritoneums, gewöhnlich war es ganz intakt. Bei Berstung von erweichten Infarktherden tritt der Tod durch eitrige Peritonitis ein und zwar im Verlaufe einiger Tage. **E. Bardenhewer** (Köln).

---

371. **Schwimmer** (Budapest). Die neuropathischen Dermatonosen.

Wien und Leipzig, **Urban & Schwarzenberg,** 1882.

In angenehmer und übersichtlicher Weise sucht Verf. in der ersten Abtheilung den Beweis dafür zu erbringen, dass nicht nur die Gefäß- und Ernährungsnerven als die Vermittler zahlreicher Thätigkeiten im organischen Haushalte zu betrachten sind, sondern dass auch das sympathische Nersensystem als theilweise Ausgangsstätte und Regulator der vasomotorischen und trophischen Nerven wesentlich von Belang ist für die Pathologie der Hautkrankheiten. Durch zutreffende klinische und anatomische Befunde werden die Affektionen der Haut, welche auf neurogenetischem Ursprung beruhen, erklärt. Drei Gruppen dienen als übersichtliche Eintheilung: 1) Die vasomotorischen, 2) die trophoneurotischen, 3) die idioneurotischen Dermatonosen.

1) Zu den vasomotorischen Neurosen der Haut rechnet Sch. alle durch die Innervation der Blutgefäße veranlassten pathologischen Veränderungen; vorübergehende Alterationen der Gefäße, die verhältnismäßig schnell und ohne Veränderungen zu hinterlassen verlaufen, sind reine Angioneurosen; bei andauernden Alterationen treten neben den vaskulären auch trophische oder nutritive Vorgänge ein

und desshalb führen diese Affektionen, als Mischformen, den Namen angioneurotische Mischformen. Als reine Angioneurosen gelten beispielsweise Hyperämien, Erythema pudoris, Anämien, als Mischformen Erythema multiforme, Urticaria etc.

2) Zu den Zufällen, welche als trophoneurotische oder besser als trophopathische zu bezeichnen sind, gehört eine Reihe von Entzündungszuständen mit oder ohne Efflorescenzenbildung, Hämorrhagien und Geschwürsprocessen; ferner Volumsveränderungen der Gewebe; Neubildungen und Texturerkrankungen der Haut und ihrer Anhangsorgane. Die hierher gehörigen Krankheitsbilder theilt Sch. ein, in

a) Trophoneurosen und Trophopathien des Cutisgewebes, je nachdem die Erkrankung Flächen, Knötchen, Bläschen, Gefäßaffektionen, Ulcerationen aufweist;

b) Trophoneurosen des subkutanen Bindegewebes (Ödem, Elephantiasis arabum);

c) konstitutionelle Trophopathien z. B. Sklerom, Atrophia cutis, Lepra, Myxoedema;

d) trophoneurotische Neubildungen: Neurom, Neurofibrom.

e) trophoneurotische Pigmentanomalien;

f) Trophoneurosen der Anhangsorgane der Haut, wie Schweißdrüsen, Haare, Nägel.

Mit Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur giebt Verf. aus seiner reichen Erfahrung Beispiele, welche für seine Ansicht beweisend sind. Die Einwände der Gegner hält er nicht für zutreffend.

3) Die Krankheitsformen, welche wir unter Idioneurosen der Haut, Neuroses substantivae verstehen, bilden eine Gruppe von Dermatonosen, bei welcher die Störung der Sensibilität die wesentlichste Erscheinung bildet; sie verlaufen so zu sagen fast durchweg subjektiv und zeigen keine Störungen der Ernährung oder des Wachsthums. Eine sicher konstatirte histologische Veränderung innerhalb der peripheren oder centralen Nervengebilde bei Idioneurosen giebt es bis jetzt nicht. Als Idioneurosen haben wir wesentlich zwei Gruppen: Die Hyperästhesie und die Anästhesie der Haut.

Als therapeutische Bemerkungen fügt Sch. hinzu, wie die heutige Dermatotherapie fast durchweg auf äußeren Mitteln beruht; er hofft aber, dass man schließlich auch dahin gelangen wird, gewisse Hautkrankheiten — und dazu gehören vor Allem in erster Linie die neuropathologischen Affektionen — nicht mehr allein symptomatisch behandeln zu müssen. In rationeller Weise wird man zu trachten suchen, einzuwirken auf das Centralgebiet jener Nerven, welche die Blutvertheilung der Hautdecken und die Ernährungsvorgänge in ihr beherrschen. Diese gleichsam physiologische Therapie hat schon heute namhafte Erfolge aufzuweisen, selbst da, wo die empirische versagte. Zu dieser Heilmethodik gehört die Behandlung vermittels der Elektricität, und die Verabreichung interner Mittel, deren Wirkung auf

einzelne Abschnitte des Nervensystems wir kennen: Atropin, Pilokarpin, Ergotin, Arsenik. Alle diese bewährten sich dem Verf. oftmals da, wo er selbe von vorn herein als vernunftgemäß in Versuch zog.

Zum Schluss giebt Verf. den Entwurf zu einem System, welches auf Grund der entwickelten Grundsätze eine vermittelnde Stellung zwischen dem pathologisch-anatomischen und einem bloß neuropathologischen System einhalten soll. **Prior** (Bonn).

---

372. **Schultze.** Über Tetanie und mechanische Erregbarkeit der Nerven.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin p. 158.)
Wiesbaden, **I. F. Bergmann,** 1882.

Für die Tetanie gewinnt die Annahme einer erhöhten Erregbarkeit in den peripheren Nerven, besonders den motorischen, mehr und mehr für sich, speciell hat Erb die Steigerung der elektrischen Erregbarkeit und Chwostek die für mechanische Reize nachgewiesen. Verf. hat sieben derartige Fälle beobachtet, bei welchen durch Klopfen auf einzelne Nervenbündel leicht Kontraktionen der zugehörigen Gesichtsmuskeln nachzuweisen waren. Diese mechanische Erregbarkeit der Nerven existirt nicht nur in der Tetanie, sondern bei Einzelnen (Radialis, Ulnaris und Accessorius) auch im gesunden Zustande. Auch die Perkussion des Facialis lässt manchmal durch folgende Kontraktionen Steigerung der Erregbarkeit in seinem Gebiete erkennen, wohingegen eine solche Übererregbarkeit, dass durch Darüberhinstreifen die Facialismuskeln sich kontrahiren, etwas für die Tetanie Eigenthümliches darstellt. Verf. erklärt aus dieser Erregbarkeitssteigerung die tonischen Krämpfe, welche nach längeren Muskelanstrengungen bei Tetanie beobachtet werden. Er erinnert dabei an die Krampfzustände, welche sich an willkürliche Bewegungen anschließen. (Bei Wärterinnen während des Tragens der Kinder etc.) Während des Bestehens dieser erhöhten Erregbarkeit, deren Existenz sehr lange dauern kann, entstehen solche Krämpfe, scheinbar spontaner Art.

Verf. ist der Ansicht, dass das Trousseau'sche Phänomen nicht immer auf die Anämie ursächlich zurückzuführen ist und macht besonders darauf aufmerksam, dass bei Kompressionen der Radialarterie oberhalb des Handgelenks die Vorderarmmuskeln in Kontraktion gerathen können. Er stellt nicht in Abrede, dass bei dieser Erscheinung Reflexe eine Rolle spielen, weil auch durch Druck auf die Haut ein Anfall herbeigeführt werden kann. Anlangend die Ursache der Erkrankung nimmt Verf. mit Sicherheit an, dass eine grobe materielle Läsion des Nervensystems nicht bestehe und verlegt den Sitz für die Ursache der Erregbarkeitsstörungen in die peripheren Nerven, indem er es wahrscheinlich macht, durch direkte Perkussion, dass die erhöhte Erregbarkeit bis dicht an die Wirbelsäule herangeht und

vielleicht die vorderen motorischen Ganglienzellen noch mit derselben verfallen.

Anlangend die Therapie, schreibt Verf. der elektrischen Behandlung keine Wirkung zu. Principiell wäre hier noch eher als bei centralen Leiden an die Dehnung zu denken; empfohlen wird dieselbe aber nicht. Auf Ruhe und Schonung der erkrankten Nerven und Muskeln ist therapeutisch das meiste Gewicht zu legen.

Finkler (Bonn).

---

373. **M. J. Rossbach.** Über die Schleimbildung und die Behandlung der Schleimhauterkrankungen in den Luftwegen.

(Würzburger Jubiläumsfestschrift.)

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1882.

Die geringen Kenntnisse, die wir von den physiologischen Gesetzen der Schleimabsonderung besitzen, und die empfindliche Lücke, die daraus für die Pathologie und Therapie der Lungen- und Halskrankheiten resultirt, gaben R. Veranlassung zu einer Reihe von experimentellen Untersuchungen, deren Ergebnisse er in der Festschrift zur Feier des Würzburger Universitätsjubiläums niederlegte.

Nach vergeblichen Bemühungen, auf laryngoskopischem Wege bei Menschen und Thieren die Schleimabsonderung zu beobachten und nach eben so erfolglosen Versuchen bei Hunden und Katzen, welche sich besonders hierzu eignen, in der Mund- und Rachennasenhöhle zu manövriren, kam R. schließlich dazu, durch einen unblutigen Längsschnitt der Trachea und durch Auseinanderklappen derselben sich eine ziemlich große Schleimhautfläche als Observirungsfeld zu schaffen. Es fand sich nun, dass normalerweise die Sekretion des Schleimes nur dann vor sich geht, wenn die die Trachea bedekkende Flüssigkeitsschicht so weit abgenommen hat, dass von außen her die Sekretionsreize wirken können, dass also der abgesonderte Schleim selbst die Schleimhaut vor Reizen schützt, indem sie die Austrocknung und konsekutive Entzündung zwar verhindert, aber nie mehr als die gerade zur Feuchterhaltung nothwendige Menge Flüssigkeit austreten lässt, und alle Fremdkörper festhält, sie also nicht in die Gewebe dringen lässt.

Was die Beschaffenheit des normalen Trachealschleimes betrifft, der von R. zum ersten Male rein, d. h. nicht vermischt mit Eiter und Speichel gewonnen wurde, so ist derselbe alkalisch, von bedeutendem Mucin- und ohne jeden Eiweißgehalt, so wie frei von allen korpuskulären Elementen; eben so wenig enthält er ein zuckerbildendes Ferment. Die Sekretion des Schleimes ist unabhängig von centralen Nervenreizen und kann auch nach Ausschließung aller von außen kommenden Nerveneinflüsse ihren ungestörten Fortgang nehmen; die Schleimdrüsen besitzen also entweder periphere Nervencentralstellen, welche in der Schleimhaut selbst liegen, oder ihre Thätigkeit geht ohne jede nervöse Einwirkung vor sich. Gleichzeitig

zeigte sich bei diesen Versuchen, dass durch N. laryng. sup. und inf. vasomotorische Fasern zur Trachealschleimhaut gehen, und dass der Blutreichthum der Schleimhaut in gewissem Konnex zur Schleimabsonderung steht; so zwar, dass Hyperämie die sekretorischen Elemente zur Thätigkeit reizen kann, das Eintreten der Erregung aber von dem Zustand der Elemente abhängt.

Von hohem Interesse sind die Versuche des Verf., die er bezüglich der Einwirkung von Erkältungen auf die Schleimhaut anstellte. Er fand nämlich, dass durch Applikation starker Kältereize auf die Haut eine sofortige reflektorische Beeinflussung der Gefäße der Trachealschleimhaut hervorgerufen werde, die sich in intensiver venöser Injektion offenbart. Gleichzeitig zeigte sich, dass die letztere ein starker Reiz für die Schleimsekretion ist, indem mit ihr reichliche Schleimsekretion einherging. R. glaubt daraus schließen zu können. dass auch die Kehlkopf- und Luftröhrenerkrankungen des Menschen nach Erkältungen als Reflexwirkung anzusehen sind, und dass die starke Schleimabsonderung vor dem Tode (Todesröcheln) eine Folge der venösen Blutmischung sei.

Der letzte und wichtigste Theil der Abhandlung beschäftigt sich mit der Wirkung der bei Schleimhauterkrankungen der Luftwege therapeutisch angewendeten Mittel. Die Ergebnisse der R.'schen Versuche sind in Kürze folgende: Alkalien (Natr. carbon.) in die Venen eingespritzt erzeugen Blasswerden der Schleimhaut und Versiegen ihrer Sekretion, sind also nicht verflüssigende und expektorirende Mittel, sondern solche, welche die Hyperämie und Schleimabsonderung herabsetzend die krankhafte Veränderung selbst bessern und heilen. Bei lokaler Anwendung ließen sich keine wesentlichen Veränderungen nachweisen; nur Liqu. Ammon. caust. rief selbst in stärkster Verdünnung Hyperämie und vermehrte Sekretion hervor. Die adstringirenden Mittel, namentlich Höllenstein, vermieden die Sekretion, ganz im Gegensatz zu ihrer Einwirkung auf andere Schleimhäute, wo sie dieselbe sogar erhöhen. Terpentinöl, in wässriger Lösung aufgepinselt, macht die Sekretion reichlicher, die Blutfülle geringer. Apomorphin, Pilokarpin und Eruetin ferner regen die Schleimabsonderung bedeutend an, am stärksten das Pilokarpin, und werden desshalb vom Verf. als Prototype der Expectorantia erklärt; zur therapeutischen Anwendung rühmt er vor Allem das Apomorphin, Atropin endlich macht die feuchtschleimige Schleimhaut trocken, und eine ähnliche nur viel schwächere Wirkung hat das Morphin, dem außerdem noch seine reizmildernde Wirkung zu Gute kommt. Kombinirte Darreichung von Apomorphin und Morphin, so wie von Atropin und Morphin je nach den Indikationen, werden aufs Wärmste empfohlen. Ohne Resultat schließlich war die Einwirkung von elektrischer Reizung auf künstlich hyperämisch gemachte Schleimhäute.

Karewski (Berlin).

374. M. J. Rossbach. Kann man von der Haut des lebenden Menschen aus die Kehlkopfnerven und -Muskeln reizen?

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1881. No. 10.)

Die namentlich von Gerhardt verfochtene und von Ziemssen bestrittene Erfahrung, dass es in vielen Fällen gelingt, von der Haut des Halses aus elektrische Erregung der Kehlkopforgane und somit unter Vermeidung der höchst unangenehmen intralaryngealen Elektrisirung auf diesem Wege Heilung von Stimmbandlähmung zu erzielen, gab Rossbach Veranlassung an einem wenig empfindlichen, willens- und muskelstarken Mann von 22 Jahren viele Versuche bezüglich dieser Frage anzustellen. Es zeigte sich, dass die auf Faradisation und Galvanisation eintretenden Reaktionen im Kehlkopf zwar durch Reflex vom Großhirn und Rückenmark in Folge der schmerzhaften Hauterregungen, so wie durch die der Galvanisation entspringenden Schluckbewegungen und durch Mitbewegung der Kehlkopfmuskeln bei Kontraktion der Halsmuskulatur, aber auch durch direkte die Kehlkopfmuskeln und -Nerven reizende Ströme hervorgerufen werden können. Freilich ist zu diesem Nachweis eine ganz besondere Methode der Elektrisirung nöthig: Einmal muss eine Stromstärke verwendet werden, welche nur die Kehlkopfreizung zu Stande kommen, die übrige Muskulatur aber in Ruhe lässt. Dazu ist eine knopfförmige nicht zu große Schwammelektrode von Nöthen, die in der Mitte zwischen Kehlkopf und Brustbein unter den vorderen Rand des Sternocleidomastoideus aufgesetzt wird, während die andere an irgend einer indifferenten Stelle ihren Platz findet. Nachdem auf diese Weise festgestellt war, dass die perkutane Elektrisirung möglich ist, konnte R. weiter nachweisen, dass bei den verschiedensten Anwendungsweisen der Elektricität wirklich durch die Haut Wirkungen auf den Kehlkopf ausgeübt werden können; man kann es also als feststehende Thatsache ansehen, dass die endolaryngeale Elektrisirung durch länger andauernde perkutane Elektrisirung vollkommen ersetzt wird.

Karewski (Berlin).

---

375. Rosenbach (Breslau). Über die Anwesenheit von Geschwulstpartikeln in dem durch die Magenpumpe entleerten Mageninhalte bei Carcinoma ventriculi.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 33.)

Um bei Verdacht auf Magencarcinom eine frühzeitige und exakte Stellung der Diagnose, die ja von um so größerer Wichtigkeit geworden ist, seitdem durch die Arbeiten der Chirurgen die Frage der operativen Behandlung in geeigneten Fällen in den Vordergrund getreten ist, zu ermöglichen, schlägt R. vor, die bei chronischen Magenleiden zu therapeutischen Zwecken doch unentbehrlich gewordene Magenausspülung auch zu diagnostischen Zwecken zu verwenden, eine

Methode, deren praktische Verwerthbarkeit er in drei Fällen konstatiren konnte.

Es finden sich bei Magencarcinom in der durch die Magenpumpe (eben so übrigens durch Erbrechen) entleerten Flüssigkeit konstant, oder doch wenigstens sehr häufig Geschwulstpartikel vor, welche sich gegenüber anderen im Mageninhalte vorkommenden körperlichen Elementen (z. B. Speisebestandtheilen) schon makroskopisch dadurch charakterisiren, dass ihre Oberfläche mit rothen oder rothbraunen, bisweilen ganz schwarzen punktförmigen, oft tief in die Substanz eindringenden Verfärbungen, offenbar Residuen von Blutergüssen, bedeckt ist; Sicherheit giebt in zweifelhaften Fällen die mikroskopische Untersuchung der fraglichen Stellen.

Eine Verwechselung mit bei der Magenausspülung abgerissenen Schleimhautstäbchen ist schon makroskopisch zu vermeiden, wenn man folgende Punkte berücksichtigt:

1) Vorsicht bei Anwendung des Heberapparates, Verwendung guter weicher Sonden, um die Abreißung von Schleimhautstäbchen überhaupt zu vermeiden!

2) Bei Abreißung von Stücken der Mucosa findet sich in der Flüssigkeit Blut in größerer oder geringerer Menge, dessgleichen auch frische Blutungen in dem betreffenden Stück.

3) Die Schleimhautstäbchen sind fetzig und unregelmäßig konturirt, die Geschwulstpartikel haben eine glatte Oberfläche.

Die günstige Zeit für die Vornahme der diagnostischen Magenleiden ist nach R. einige Stunden nach der Mahlzeit oder nach dem Erbrechen, vielleicht auch bei nüchternem Magen.

Freudenberg (Berlin).

---

376. H. Quincke (Kiel). Klappenbildung an der Cardia.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. IV.)

Q. berichtet über einen Fall, der dadurch interessant ist, dass zugleich die klinischen Zeichen der Magendilatation — die große Curvatur reichte bis 2 cm unter den Nabel — und der Ösophagusstriktur bestanden. Patient erbrach bald größere, bald geringere, manchmal mit Blut vermischte Massen; die genossenen Speisen fanden gewöhnlich in der Höhe der Cardia einen Widerstand, so dass Pat. zeitweilig nur Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte; eben so stieß die Schlundsonde (auch dünnster Nummer) in der Höhe der Cardia gewöhnlich auf ein unüberwindliches Hindernis, während gelegentlich selbst eine dicke Sonde durchging. Pat. ging an einer starken Magenblutung zu Grunde. Sektion ergab außer Anderem zwei große callöse Magengeschwüre, das eine den Pylorus halbmondförmig umgreifend und auf etwa 4 cm Umfang verringernd, während das andere in der Nähe der Cardia gelegen und auf den Ösophagus übergreifend durch seinen tief ausgebuchteten Grund eine Tasche bildete. Offenbar hatte diese den während des Lebens vorhandenen Klappen-

mechanismus erzeugt, indem in ihr sich sowohl der Sondenknopf häufig verfing, als auch beim Essen öfters feste Speisemassen festsetzten, welche dann ihrerseits ein Hindernis für die weitere Passage wurden. Die Einmündung der Speiseröhre in den Magen war nicht verengt, aber spaltförmig verzogen. In das Narbengewebe des cardialen Geschwürs verloren sich die beiden Nn. vagi, ein Umstand, durch den vielleicht die Einwirkung dieser auf die Bewegung der Magenmuskulatur beeinträchtigt, und die Erweiterung des Magens begünstigt wurde (ähnlich wie in einem Falle Traube's, Ges. Beitr. z. Pathol. und Physiol. Bd. II. p. 988). **Freudenberg** (Berlin).

---

377. **Rydygier.** Über Pylorusresektion.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 220.)

Diese Abhandlung wird auch für den internen Kliniker und Arzt von wesentlichem Interesse sein, weil wir in ihr die Indikationen und den richtigen Zeitpunkt für die Operation besprochen finden; ist es doch meistens der interne Arzt, welcher zuerst auf die in Frage kommende Erkrankung des Magen stößt. R. hofft, dass sich das Misstrauen gegen die Operation, welches ihr von Seiten der Nichtchirurgen entgegengebracht wird, mehr verlieren werde.

In dem ersten Abschnitt finden wir die Geschichte der Pylorusresektionen entwickelt. Bereits im Anfang dieses Jahrhunderts hat Merrem an Hunden mit Erfolg diese Operation ausgeführt und, auf diese günstigen Versuche gestützt, den Vorschlag zur Exstirpation der Magencarcinome gemacht. Eben so bewiesen Gussenbauer und v. Winiwarter unzweifelhaft durch Thierexperimente, dass sowohl die Pylorusresektion ausführbar ist als auch keine letale Funktionsstörungen resultiren. Kaiser konnte unter Czerny's Leitung diese Resultate nicht nur bestätigen, sondern sogar zeigen, dass es ihm gelang, den ganzen Magen beim Hunde mit Erfolg zu exstirpiren. Wesentlich gestützt wurden alle diese Versuche durch die in neuester Zeit mit Erfolg ausgeführten zahlreichen Darmresektionen, welche lehrten, dass die Darmwunden sehr geeignet sind, nach entsprechender Naht per primam zu heilen. Vor Allem aber waren es die Operationen am Magen selbst, welche bewiesen, dass dieser eben so gut per primam heilen kann wie der Darm. Schon 1521 soll ein baierischer Arzt eine Gasteroraphie gemacht haben. Vor 17 Jahren trug Torelli ein 16 cm im Durchmesser haltendes Stück des Magens ab, welches aus einer Stichwunde des Abdomens prolabirt war und zwei perforirende Wunden hatte; noch nach 13 Jahren war der Mann vollkommen gesund: Billroth, Esmarch führten mit Erfolg die Heilung von Magenfisteln aus. 1879 führte Péan in Paris die erste Magenresektion aus. Jetzt schon vermochte R. eine Übersicht aufzustellen, welche 23 Fälle von Pylorusresektionen aufweist, 21 wegen Carcinoma ventriculi, 1 wegen stenosirendem Ulcus rotundum,

1 wegen narbiger Verdickung und Verlöthung, welche man für ein Carcinom gehalten hatte. Davon gingen in Heilung über 5 Fälle und zwar 4 wegen Carcinoma Operirte, 1 wegen Ulcus; die übrigen Fälle giugen mehr oder weniger schnell nach der Operation zu Grunde. Zu erwähnen ist ferner, dass in einem Falle 4 Monate nach der erfolgreichen Operation ein Recidiv den Tod bedingte.

Als zweiter Abschnitt fügt sich die Besprechung der Indikationen an und zwar werden als solche aufgestellt:

1) Stenosirendes Ulcus rotundum der Pylorusgegend, wenn das Geschwür, sei es durch Verdickung der Wandungen, oder Verwachsungen mit den Nachbartheilen, sei es durch die narbige Verengerung, den Durchtritt der Speisen hindert. Vorher sind natürlich alle inneren Mittel zu versuchen und erst dann wird man zur Pylorusresektion greifen, wenn Alles sich unwirksam erweist und die Kranken schließlich marastisch zu Grunde zu gehen drohen. Bis zu diesem letzten Stadium soll man aber auch mit der Operation nicht warten. Die Operation der Pylorusresektion als solche, ist nicht gefährlicher wie jede andere Enteroraphie. Leube ist ebenfalls der Ansicht, dass die Pylorusresektion beim stenosirenden Ulcus ventriculi eine wohlberechtigte Operation ist.

2) Carcinoma pylori. Bisher kamen nur solche Fälle zur Operation, bei welchen die Pat. schon so geschwächt waren, dass sie den Eingriff nicht mehr überstehen konnten. Leider ist die Diagnose auf Pylorıskrebs in seinem Anfangsstadium unsicher. Bei begründetem Verdachte auf Carcinom hält R. die Laparotomie für erlaubt, einmal um die Diagnose festzustellen und um gleich zu entscheiden, ob der Fall operirbar ist oder nicht. Eine antiseptisch ausgeführte Laparotomie ist ja relativ ungefährlich. Vielleicht wird die Anwendung des Magenendoskop die Probelaparotomie umgehen. Durch die Probelaparotomie wird man sich auch orientiren können, ob und welche Verwachsungen vorhanden sind. Als Kontraindikation wird namentlich die Verwachsung des Tumor mit dem Pankreas angegeben und allgemein angenommen, weil zur gründlichen Exstirpation das Abbinden eines Theiles des Pankreas nothwendig wurde. Versuche. von R. an Hunden angestellt, ergaben, dass die Abbindung kleiner Stücke Pankreas sehr gut ertragen wird; wurde aber der Ductus pancreaticus unterbrochen, dadurch, dass ein Stück aus der ganzen Dicke des Pankreas herausgeschnitten wurde, so erlagen die Versuchsthiere fast durchgehends. R. macht aufmerksam auf die Gefahr, dass es nämlich fast unmöglich ist, alles Krankhafte sicher aus dem Pankreas zu entfernen; auch die Blutung ist schwer zu stillen, kurz auch Verf. ist der Ansicht, dass bei Carcinoma pylori die Verwachsung mit dem Pankreas die Operation entschieden kontraindicirt, bei Ulcus ventriculi die Verwachsung dagegen nur die Operation erschwert und deren Gefahren vermehrt.

3) Unstillbare Hämorrhagien aus runden Magengeschwüren, die das Leben des Pat. durch Verblutung bedrohen. Der Chirurg müsste

allerdings sehr zeitig hinzukommen, was nur in den allerseltensten Fällen zutreffen wird. Auch pflegen die tödlichen Blutungen nur ganz selten aus Arterien der Magenwand zu kommen, sie treten häufiger nach Arrosion der benachbarten größeren Arterien ein, z. B. Art. gastro-duodenalis oder ihrer Zweige. am häufigsten den das Pankreas versorgenden Zweigen der Art. lienalis und pancreatico-duodenalis.

4) Perforation des Ulcus rotundum in die Bauchhöhle.

Was die anzuwendende Operationsmethode anbelangt, so verweise ich auf die Abhandlung selbst, wo anschauliche Zeichnungen das Verständnis erleichtern. **Prior** (Bonn).

---

378. **Korab.** Action exercée par l'hélénine sur les bacillus de la tuberculose. Über die Wirkung von Helenin auf Tuberkelbacillen.

(Bull. gén. de thérapeutique 1882. tome CIII. p. 127.)

Nachdem K. gefunden, dass, bei Anwesenheit von Helenin, in vorher sterilisirte Nährflüssigkeit mit den Sputis von Phthisikern implantirte Bacillen nicht zur Weiterentwicklung kommen, wohl aber in den von Helenin freien Kontrollproben, hat er an Thieren eingehende Versuche über diesen Punkt angestellt.

Zehn bis dahin noch nicht benutzte Meerschweinchen wurden zur ersten Versuchsreihe benutzt. Sieben derselben erhielten Subkutaninjektionen von mit Serum vermischter Bacillenkultur in die Leistengegend. Vier von den Thieren starben am zehnten oder zwölften Tage. Zur gleichen Zeit wurden die übrigen getödtet und bei der Sektion eben so wie bei den zuerst gestorbenen die Existenz der miliaren Tuberkulose dargethan. Dahingegen konnte bei drei Thieren, denen Tuberkelmaterie injicirt worden war, welche aus den heleninhaltigen Kulturen stammte, die Gegenwart tuberkulöser Affektion nicht nachgewiesen werden.

Ferner trat bei fünf Meerschweinchen der Tod ein in Folge hochgradiger tuberkulöser Infektion, welchen Tuberkelmaterie mit Serum direkt in die Bauchhöhle gespritzt worden war. Dagegen ließ sich eine gleiche Infektion nicht konstatiren bei fünf anderen Meerschweinchen, welche in gleicher Weise Tuberkelmaterie erhalten hatten, denen aber in das Getränk eine geringe Dose Helenin gegeben worden war: 3 cgr pro Tag für jedes Thier.

Endlich wurde vier Kaninchen Bacillenflüssigkeit in die vordere Augenkammer injicirt. Es entwickelte sich bei allen Tuberkulose der Iris und Panophthalmie. Bei zweien der Thiere wurde der Process nicht gestört, bei den beiden anderen wurden vom zehnten Tage ab jedes Mal 2 cg Helenin pro die injicirt. Diese starben nicht, und die Irisaffektion nahm einen günstigen Verlauf mit Tendenz zur Verheilung.

K. folgert aus seinen Versuchen, dass das Helenin wegen seiner stark giftigen Eigenschaften gegenüber den Bacillen, zumal denen der Tuberkulose, möglicherweise gegen die genannte Krankheit selbst mit Erfolg dürfte augewendet werden. **H. Schulz** (Bonn).

---

379. Dianin. Das Trichlorphenol, bestes Desinficiens bei gangränösen und fauligen Wunden und Geschwüren.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1882. No. 38.)

Durch Mischung von Karbolsäure und Chlorkalk stellt D. das Trichlorphenol dar. Das Verfahren bei Darstellung und Reinigung desselben siehe im Original. Das Trichlorphenol ($C_2 H_2 Cl_3 OH$) ist ein Phenol, in welches an Stelle von drei Atomen Wasserstoff drei Atome Chlor getreten sind. Ausgedehnte klinische Beobachtungen berechtigen D. zur Aufstellung folgender Sätze:

1) Das Trichlorphenol hat 25mal stärkere desinficirende Eigenschaften als die Karbolsäure.

2) Schon minimale Dosen desselben heben die verschiedensten Gährungsvorgänge auf.

3) Es ist ein mächtiges Antiseptikum, welches die übrigen in der medicinischen Praxis gebräuchlichen Antiseptica (wie die hypermangansauren Salze, die Chlorkalklösungen, die Karbolsäure, das Thymol, die Salicyl- und die Borsäure) an Wirksamkeit übertrifft.

4) Es ist nicht nur ein starkes Desinficiens, sondern es zerstört auch übele Gerüche (Desodorans). Der eigene Geruch des Mittels wird durch Lavendelöl (5 Tropfen auf die Unze) aufgehoben.

5) Bei der Anwendung in Substanz besitzt es nur schwach reizende Eigenschaften; die Lösungen dagegen reizen die Körpergewebe gar nicht.

6) Der Erfolg des Mittels beim weichen Schanker, bei der Diphtherie etc. ist nicht zu bezweifeln.

7) Jeder Arzt kann für seine Zwecke das Trichlorphenol selbst darstellen.

8) Die Salze desselben besitzen dieselben desinficirenden Eigenschaften wie das Trichlorphenol selbst; das Natronsalz ist geruchlos.

9) Das Kalksalz des Trichlorphenols ist billiger als die Karbolsäure. **E. Bardenhewer** (Bonn).

---

380. Grunmach. Über die Behandlung des Kropfes durch parenchymatöse Arseninjektionen. (Aus der medicinischen Universitätspoliklinik zu Berlin.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 32.)

Gestützt auf die günstigen Erfolge, welche Langenbeck, Billroth u. A. bei malignen, inoperablen Geschwülsten der

Schilddrüse durch parenchymatöse Arseninjektionen erzielten, und unzufrieden mit den Resultaten anderweitiger therapeutischer Proceduren bei Struma, wie Anwendung des faradischen und konstanten Stromes, äußere Applikation von Jod, Injektion von Jodtinktur resp. Lugol'scher Lösung, von denen die Jodinjektionen sogar nicht selten nachtheilige Folgen nach sich ziehen, theils durch von der Einstichsstelle ausgehende Abscedirungen und jauchige Entzündungen, theils durch momentane Erstickungsgefahr in Folge der plötzlich erhöhten Schwellung innerhalb der Geschwulst, versuchte G. bei Struma follicularis und fibrosa in ca. 100 Fällen die parenchymatöse Injektion von Arsen. Es wurden von einer Lösung von einem Theil Liq. kal. arsenicos auf drei Theile Aq. destill. wöchentlich 2—3mal je eine halbe Pravaz'sche Spritze injicirt. Die der Einspritzung regelmäßig folgende Reaktion war nie so heftig, wie nach Jodinjektion, üble Zufälle traten (bei mindestens 1000 Einzelinjektionen) niemals auf. Der Erfolg war, wie die beigegebenen Krankengeschichten beweisen, ein äußerst zufriedenstellender; nach 10—12 Injektionen wurde eine Abnahme des Halsumfanges (gemessen von der Einsenkung über der Vertebra colli prominens aus über den größten Umfang der Geschwulst) von 2—4 cm erzielt, die häufig bestehenden Schluck- und Athembeschwerden besserten sich wesentlich, oft schon nach wenigen Injektionen, und selbst bevor eine deutliche Abnahme der Struma nachweisbar war. Auch auf das Allgemeinbefinden der häufig gleichzeitig anämischen resp. chlorotischen Individuen zeigten die Arseninjektionen zuweilen einen günstigen Einfluss.

Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

381. **M. Bernhardt.** Weitere Beiträge zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des Nervus facialis bei Tic convulsif.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 9.)

Eine aufs Neue beobachtete Heilung des Tic convulsif nach Dehnung des N. facial. gab dem Verf. Ursache, 10 Fälle dieser Krankheit (darunter drei von ihm selbst behandelte) zusammenzustellen, bei welchen die betreffende Operation ausgeführt worden ist. Es zeigte sich, dass in einzelnen Fällen ein nicht unbedeutender Erfolg erzielt wurde. Verf. weißt nich zu erklären, warum in den einen Fällen dauernde Besserung oder Heilung eintritt, in den anderen mit wiederkehrender Motilität auch die alten Zuckungen sich wieder einstellen. Er weist aber darauf hin, dass in manchen Fällen wohl nicht direckt nachweisbare Ursachen, denen man auch therapeutisch nicht beikommen kann, Schuld sein mögen. So hat Fr. Schulze bei einem Phthisiker kurz vor dessen Tode Tic convulsif gesehen, welches, wie sich bei der Sektion herausstellte, in einem kirschkerngroßen Aneurysma der linken A. vertebralis gerade vor der Öffnung des Porus acusticus internus, welches auf dem Stamm des Nerv. fac. und M. acustic. auflag, seine substantielle Erklärung fand. Dass in solchen Fällen nach der Dehnung des Nerven bei

wiederhergestellter Leitungsfähigkeit auch das alte Leiden wiederkehren muss, ist selbstverständlich. Jedenfalls lässt sich bei dem geringen Material kein endgültiges Urtheil über die in Rede stehende Operation abgeben, und man muss die Bereicherung unseres Wissens hierüber von weiterer Anwendung des Verfahrens erwarten.

Karewski (Berlin).

381. **A. Comanos** (Kairo). Über eine merkwürdige, toxische Nebenwirkung des Morphium muriaticum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 42.)

C. machte bei einem 55jährigen, kräftigen Mann, dem er wegen Ischias Morphium zuerst subkutan, dann per os, und schließlich als Einreibung verordnete, die höchst sonderbare, vielleicht als einzig dastehende Beobachtung, dass dieses Narcoticum bei dem Pat. neben den anderen toxischen Nebenwirkungen noch den Ausbruch eines Exanthems unter Fiebererscheinungen hervorrief, welches ganz einem plötzlich und blitzschnell entstandenen Scharlachausschlag glich. Während nach subkutaner und innerlicher Einnahme von Morphium dasselbe nach etwa 36 Stunden auftrat und dann nach vier bezüglich zwei Tagen unter Desquamation und Apyrexie wieder verschwand, entwickelte sich bei äußerlicher Anwendung das Exanthem erst nach 5 Tagen, hier aber unter Aufschießen von Pusteln und Bläschen und schließlicher Endigung in Furunkel- und Karbunkelbildung, wobei die ursprünglich an den Einreibungsstellen entstandene Röthe den ganzen Rücken überzog; drei Wochen vergingen bis zur vollständigen Heilung. Es geht daraus hervor, dass erst mittelgroße Dosen (0,02 innerlich resp. endermatisch 0,5 äußerlich) die exanthematische Affektion, welche C. mit den von Köbner beschriebenen Jodkalium-, Chinin- u. a. Ausschlägen vergleicht, hervorrufen.

Karewski (Berlin).

382. **H. Quincke.** Über umschriebenes akutes Hautödem.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1882. Bd. I. Hft. 5. Juli.)

Mit obigem Namen bezeichnet Q. eine zuweilen nach Erkältungseinflüssen, Körperanstrengungen etc. auftretende, bei Männern anscheinend häufiger als bei Frauen vorkommende, gern recidivirende, offenbar als Angioneurose aufzufassende Hautaffektion, welche sich durch das Auftreten cirkumskripter, blasser, gegen die Umgebung nicht scharf abgegrenzter ödematöser Schwellungen von 2—10 und mehr Centimeter Durchmesser, besonders an den Extremitäten und zwar in der Umgebung der Gelenke, aber auch am Rumpf und im Gesicht (Lippen, Augenlider), zuweilen auch auf den Schleimhäuten (Lippen, Gaumensegel, Pharynx, Larynxeingang, wahrscheinlich auch mitunter Magen- und Darmschleimhaut, wie aus dem, in einem Falle anfallsweise auftretenden gastrischen und intestinalen Symptomen zu schließen) charakterisirt. Diese Schwellungen treten plötzlich, gewöhnlich an mehreren Stellen gleichzeitig auf, verursachen etwas Spannungsgefühl, seltener Jucken und verschwinden eben so plötzlich, nachdem sie mehrere Stunden bis einen Tag bestanden haben; in der Regel treten inzwischen aber an anderen Stellen neue Eruptionen auf, so dass sich das Leiden über Tage und selbst Wochen hinzieht. Das Allgemeinbefinden ist gewöhnlich nicht, oder nur leicht gestört; Temperaturerhöhung wurde nie beobachtet. Die Affektion hat eine gewisse Ähnlichkeit, sowohl mit Urticaria, wie mit Erythema multiforme, auch kommen Übergangsformen dazu vor. Therapie: prophylaktische Regulirung der Lebensweise, namentlich der Verdauung, im Anfall Ruhe, Fußbäder, Ableitung auf den Darm. Atropin scheint vortheilhaft zu wirken. Ödem des Larynxeinganges erforderte zuweilen die Skarifikation.

Freudenberg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 28. **Sonnabend, den 28. Oktober.** **1882.**

384. C. Veraguth (St. Moritz). Die Stellung der praktischen Medicin zur Infektionstheorie der Tuberkulose.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1882. Jahrg. XII.)

Die scheinbaren Widersprüche zwischen dem klinischen Verlauf der Tuberkulose und der jetzt festgestellten Ätiologie zu lösen, und die Veränderung der Therapie, die aus letzterer resultirt zu besprechen, soll die Aufgabe des V.'schen Vortrages sein. Nach einer gedrängten Übersicht über die Geschichte der Infektionstheorie und über die Koch'schen Entdeckungen werden als Träger des Tuberkelkeimes bezeichnet die Athmungsluft und die Nahrungsmittel (perlsüchtiges Fleisch, tuberkulöse Milch), als Eingangspforten für dieselben also der Darmtraktus und die Respirationswege. Je nach den Geweben, welche sich für den Bacillus als günstiger Nährboden erweisen, unter-

scheidet sich die tuberkulöse Erkrankung. Haftet er im Bronchialrohr so entsteht Bronchopneumonie und Peribronchitis, gelangt er in die Lymphwege so erregt er disseminirte Tuberkulose im interstitiellen Lungengewebe, oder erreicht nach unschädlicher Passirung der Lungen und des allgemeinen Kreislaufes die Niere, wo er sich dann ablagern kann und eine primäre Infektion erzeugt. So lassen sich für alle Bilder tuberkulöser Erkrankungen, welche wir vom Sektionstische her kennen, Erklärungen finden. Eine allgemeine Empfänglichkeit der Individuen für das Krankheitsgift muss ausgeschlossen werden; nur da wo der Kontakt ein intensiver ist, wie bei Ehegatten, oder wo das Gift durch die Zeitdauer und Vermehrung der Infektionsherde (Sanatorien etc.) potenzirt wird, giebt es eine augenfälligere Infektiosität, wie sich aus der Litteratur und aus eigenen Beobachtungen des Verf. nachweisen lässt. Immerhin bleibt die direkte Übertragung Ausnahme und die bisher angenommenen ätiologischen Momente müssen zu Recht bestehen bleiben, wenn auch ihr Verhältnis zur Infektion ein anderes wird. Das ist einmal die erbliche Anlage, alias eine Beschaffenheit des Organismus, welche dem Tuberkelbacillus besonders günstige Verhältnisse zu seiner Entwicklung verschafft und Erbstück der Eltern ist. Wenn Verf. zu diesen günstigen Nährböden auch die skrofulose Diathese rechnet, so hat er doch wohl den Sinn unserer jetzigen Tuberkulosetheorie nicht richtig erfasst, da ja Skrofulose nicht günstigen Nährboden, sondern gewissermaßen einen Grad, einen Anfang der schlimmeren Krankheit darstellt. Immerhin mag man die Erblichkeit in diesem Sinne nicht gänzlich leugnen. Das zweite Moment zur Erwerbung der Tuberkulose ist erworbene Disposition, sei es nun in Folge von vorhergegangenen Lungenkrankheiten oder in Folge schlechter hygienischer und Ernährungsverhältnisse.

Sind wir nun auch heute noch nicht in der Lage direkt zerstörend auf den eingenisteten Tuberkelbacillus einzuwirken, so kann man doch der Koch'schen Entdeckung bedeutsame Winke für die Prophylaxis entnehmen.

Sputa sind zu desinficiren, Disponirte dürfen nicht in Kurorte geschickt werden, welche Sammelplatz von Schwindsüchtigen sind, die Kinderernährung, die Milchkuren müssen in besonders vorsichtiger Weise vorgenommen werden. Will man aber die Disposition zur Tuberkulose vernichten — und das wird ja in der That der Angelpunkt sein — so hat man — nicht der Arzt und Apotheker — die socialen Missstände zu beseitigen, und die Ehe aller Tuberkulösen und der Tuberkulose Verdächtigen staatlich zu verbieten. Wie gerade das Letzte durchgeführt werden soll, vergisst der Verf. leider aus einander zu setzen.

Karewski (Berlin).

---

385. **Ch. Leroux.** Du paludisme congénital et du rôle de l'hérédité dans l'étiologie du paludisme infantile.

(Revue de médecine 1882. Juli 10.)

L. bearbeitet die Frage, ob es ein kongenitales Sumpffieber giebt und ob solches ohne Einwirkung klimatischer Schädlichkeiten, also hereditär vorkommt. Die Ansichten gewichtiger Autoren über diesen Gegenstand gehen weit aus einander, in solchem Grade, dass die Einen nicht nur eine erbliche Anlage für Malaria anerkennen, sondern sogar in Folge dieser Krankheit eine Degeneration der Rasse an manchen Orten beobachtet haben wollen, die dem Kretinismus der Alpenländer zur Seite gestellt werden kann, die Anderen in Malariländern, wo 70 % aller Kinder am Wechselfieber laboriren, niemals bei der Geburt eines der Symptome davon gesehen haben wollen. L. theilt nun eine große Anzahl fremder und eigener Beobachtungen mit, wo malariakranke Mütter bei jedem Fieberanfall vermehrte und heftige Kindsbewegungen gespürt hatten und so deren Kinder entweder vorzeitig abgestorben waren oder mit Erscheinungen der mütterlichen Krankheit geboren wurden, also eine »intra-uterine Malaria« durchgemacht hatten; ferner solche wo die Kinder von Müttern, die während der Gravidität jenes Leiden acquirirt hatten, entweder mit Milztumoren oder mit ausgesprochenem Wechselfieber zur Welt kamen, und schließlich solche, in denen die Kinder einige Tage nach der Geburt von der Krankheit befallen wurden, an der die Mutter schon vorher gelitten hatte. Es würde zu weit führen, die interessanten Krankheitsgeschichten hier mitzutheilen, deren Zahl sich auf siebzehn beläuft. Ist der Verf. nun auch entfernt, sie alle als hereditäre Malaria anzusprechen, indem er — und wohl mit gutem Grunde! — jene Beobachtungen von vermehrten Kindsbewegungen während und nach dem Paroxismus ausschließt, und andere als nicht genau genug beobachtet ansieht, da bei ihnen entweder nicht alle Symptome des fraglichen Leidens erwähnt werden, oder die Überlegung außer Acht gelassen ist, ob nicht auch das Kind von dem endemischen Krankheitsgift angesteckt worden war, so bleibt doch eine ganze Zahl übrig, in denen die Beobachtung hinreichend sicher ist und gleichzeitig auch der zweite Einwand nicht erhoben werden kann. Weniger feststehend sind die Fälle, wo ein längerer Zwischenraum zwischen Geburt und Erkrankung liegt. Der gewichtigste Einwurf scheint aber für L. der folgende zu sein: Nach den neuesten Untersuchungen hat man auch für das Sumpffieber ein geformtes Krankheitsgift anzunehmen. Nun hat man experimentell festgestellt, dass es nicht möglich ist, durch den Placentarkreislauf irgend welche, seien es auch die kleinsten geformten Elemente in den Kreislauf des Fötus zu übertragen. L. findet sich mit diesem Widerspruch so ab, dass er sagt, die experimentellen Untersuchungen ständen nicht immer in Einklang mit den Erfahrungen am Krankenbett, und dass man auch sonst, wenn auch nicht mit absoluter Gewissheit, Übertragung

infektiöser Krankheiten von der Mutter auf den Fötus gesehen habe. (Die Krankheit, welche am besten zum Vergleich herangezogen werden könnte, wegen der Sicherheit der Thatsache, Syphilis, erwähnt Verf. sonderbarerweise nicht!)

Schließlich wirft er noch die Frage auf, ob es möglich sei, dass das ererbte Wechselfieber latent bleibt, um dann bei irgend einer Gelegenheit in intermittirender Neuralgie oder anderen intermittirenden Krankheiten als larvirte Malaria manifest zu werden. Obgleich es ihm möglich ist eine Krankengeschichte mitzutheilen, wo ein Mann, der als 2jähriges Kind am Sumpffieber gelitten, 40 Jahre später in fieberfreier Gegend nach einem Trauma aufs Neue diese Krankheit acquirirte, eine Krankengeschichte, die also die Möglichkeit einer jahrelangen Latenz nicht ausschließt, so hält er doch die Sache nicht für erwiesen, einmal weil bei den intermittirenden Neuralgien das sonst allmächtige Chinin sich öfters wirkungslos erweist, und dann, weil auch ohne jeden Konnex mit Malaria periodische Affektionen vorkommen. Verf. schließt seine Abhandlung mit etwa folgenden Thesen:

1) Es ist heut zu Tage zwar noch nicht möglich, mit Bestimmtheit die Existenz eines kongenitalen Sumpffiebers zu behaupten; und man kennt noch nicht genau die Rolle, welche die Heredität bei dem Wechselfieber der Kinder spielt. Die einschlägigen Beobachtungen sind dazu weder zahlreich genug, noch genügend beweiskräftig.

2) Indess die sicher beobachtete Thatsache, dass angeborene Milzhypertrophie bei Kindern gefunden wurde, welche von malariakranken Müttern stammten, dass diese Hypertrophie auf keine andere Ursache zurückgeführt werden konnte und dass gleichzeitig mit ihr gewisse charakteristische Symptome von Malariakachexie vorkamen, gestatten es, an die Wahrscheinlichkeit eines kongenitalen und hereditären Wechselfiebers zu glauben.

3) Einzelne Kinder scheinen bei der Geburt eine erhebliche Prädisposition für intermittirende Fieberanfälle, welche ohne Einwirkung eines endemischen Krankheitsgiftes kurze Zeit nach der Geburt auftreten und manchmal denselben Typus wie bei der Mutter zeigen, auf die Welt mitzubringen.

4) Ob es möglich ist, bei fehlendem Nachweis einer Malariaintoxikation die Erblichkeit zur Erklärung von intermittirenden Neuralgien und von der Wirksamkeit »antiperiodischer« Heilmittel anzunehmen, darüber müssen weitere Untersuchungen Aufschluss geben.

Karewski (Berlin).

---

386. **Heneage Gibbes.** A new method for the detection of the tubercle bacillus.

(Read in the Section of Pathology at the Annual Meeting of the British Medical Association in Worcester, 1882. August.)
(British medical journal 1882. p. 735. Okt. 14.)

G. benutzt als Färbungsmittel bei Untersuchung auf Tuberkelbacillen Magenta- und Chrysoidinlösung, erstere zur Färbung der Bacillen, letztere zur Färbung des Untergrundes. Zur Herstellung der Magentalösung löst er 3 g reines Anilin in 20 g Spiritus, setzt darauf der Mischung allmählich unter beständigem Umrühren 2 g feingepulverter Magenta zu, bis sich das Pulver löst und fügt langsam 20 g destillirtes Wasser hinzu. Die Chrysoidinlösung wird durch Verreibung des Farbstoffes mit destillirtem Wasser bis zur Sättigung dargestellt; um sie zu konserviren, setzt man einen Thymolkrystall, gelöst in ein wenig absolutem Alkohol hinzu, und hebt die Lösung an einem dunklen Platze auf. Im Übrigen ist das Verfahren G.'s ganz das Ehrlich'sche; nur bringt er das Deckgläschen zu guter Letzt, ehe er es mit Canadabalsam auf den Objektträger thut, zur völligen Entwässerung in absoluten Alkohol und lässt es dann an der Luft trocknen.

G. behauptet, dass die Tuberkelbacillen bei seinem Verfahren mit größerer Sicherheit gefunden werden und deutlicher zu sehen sind, als bei allen anderen veröffentlichten Methoden.

Freudenberg (Berlin).

---

387. **Carl Vohsen.** Beiträge zur Kenntnis des Gelenkrheumatismus im Kindesalter. (Mittheilungen aus der Straßburger Kinderklinik.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Neue Folge Bd. XIX. Hft. 1.)

In den Jahren 1880—81 kamen auf der Straßburger Kinderklinik 20 Fälle von Gelenkrheumatismus zur Beobachtung, in der ersten Hälfte des Jahres 1880 allein die Hälfte. Das Alter der Pat. bewegte sich zwischen dem 9. und 14. Jahre. Die Durchschnittsdauer der Krankheit, so weit dieselbe nur rein lokale Gelenkerscheinungen darbot, belief sich auf 5—18 Tage, übereinstimmend mit den von Reton gemachten Angaben. Nur bei einem Kinde trat ein leichter Fall von Chorea auf. 4 Fälle schlossen sich an Scarlatina und Diphtheritis an. In 9 Fällen kam es zu Endokarditis, zwei waren zugleich mit Perikarditis komplicirt. Aus den mitgetheilten 9 Krankengeschichten ergiebt sich, dass hauptsächlich die Valvula mitralis betroffen wurde. Die Endokarditis resp. Perikarditis trat 2mal in der ersten Woche des Gelenkrheumatismus, 3mal in der zweiten Woche und in den anderen Fällen in der vierten und fünften Woche auf. Die Gelenke waren nur in drei Fällen geschwollen und zwar bei den Mädchen. Das Fieber überschritt die Höhe von 39,6° nicht. Die

Schmerzen wurden sehr schnell nach Natron salicyl. gehoben, jedoch wurde die Entwicklung der Endo- und Perikarditis in keiner Weise durch Natr. salicyl. beeinflusst. Übereinstimmend mit anderen Autoren ergab sich, dass die Herzaffektion sich bei Formen des Gelenkrheumatismus entwickelte, die sich durch leichte Schwellung, verhältnismäßig geringe Schmerzhaftigkeit der Gelenke, jedoch durch die Tendenz zur Recidivirung auszeichneten. Sieht man den Gelenkrheumatismus als Infektionskrankheit an, so erklärt sich die häufigere Herzaffektion bei Kindern aus dem geringeren Widerstand, welchen das kindliche Herz dem Virus zu leisten im Stande ist. Dass die Albini'schen Noduli, ferner die Enge der Aorta an der Einmündungsstelle des Ductus Botalli (Jacobi) nicht die Ursache der Herzkomplikation abgeben, dafür spricht der Umstand, dass das frühe Kindesalter, in dem die Albini'schen Noduli noch nachweisbar und die größere Enge der Aorta am bedeutendsten ist, fast ganz von Rheumatismus acutus articulorum verschont bleibt. Der Grund dafür, dass das Herz gerade bei Gelenkrheumatismus so häufig afficirt gefunden wird, sieht Verf. mit Bouillaud, Rehn u. A. in »einem Parallelismus, in die serösen Häute überhaupt, das Endokard und die Gelenke in Bezug auf ihre anatomischen Verhältnisse stehen«. Das bisweilen epidemienartige Auftreten des Gelenkrheumatismus, die so häufige Komplikation von Seiten des Herzens, die derselbe mit anderen Infektionskrankheiten gemein hat, sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für die infektiöse Natur des Rheumatismus acutus articulorum.

Kohts (Straßburg).

---

388. **Kahlbaum** (Görlitz). Über cyklisches Irresein.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 19.)

Das cyklische oder cirkuläre Irresein ist eine Krankheitsform, bei welcher ein Stadium der Melancholie und der Manie auf einander folgen und nach einem Zwischenzustand wirklicher oder scheinbarer Gesundheit, sich beliebig oft, mit ziemlich großer Gleichmäßigkeit und Regelmäßigkeit, bis an das Lebensende wiederholen. Auch beim typischen Irresein sind Melancholie und Manie nur Stadien, keine Krankheitsarten, denn es geht die Manie, »wenn sie nicht zur Heilung gelangt«, allmählich in eine Art Verrücktheit und Verwirrtheit, diese schließlich in Blödsinn, die sogenannte Terminaldemenz, über. Übrigens bieten beide Krankheiten, das cyklische und das typische Irresein, manche Differenzpunkte dar. Die Melancholie des typischen Irreseins, die sogenannte Initialmelancholie, hat im Allgemeinen einen unbestimmten Charakter, der sich in geistiger oder gemüthlicher Beunruhigung äußert und meist nicht von langer Dauer ist, während die Manie längere Zeit anhält und durch hochgradige Veränderungen des ganzen Seelenlebens ausgezeichnet ist. Umgekehrt stellt die erste Melancholie des cyklischen Irreseins gewöhnlich ein Stadium von längerer Dauer dar, mit sehr ausgeprägten Gefühlsalterationen

von bestimmtem Inhalt, mit perversen Vorstellungen, welche meistens in Selbstanklagen zum Ausdruck gelangen. Der Charakter der Manie dieser Krankheitsart wird am prägnantesten durch den französischen Populärausdruck Folie raisonnante, d. h. Unvernunft mit Vernunftsgründen oder vernunftfähiger Wahnsinn gekennzeichnet: die Kranken wissen all ihr Reden und Handeln mit plausiblen Gründen zu motiviren; ein erheblicher Theil von Seelenerscheinungen bleibt normal, uur das Gefühlsleben ist hauptsächlich krankhaft verändert, mit dem Charakter der Heiterkeit, diese Seelenstörung ist somit eine partielle. Beide Phasen des cyklischen Irreseins also haben mit einander große Ähnlichkeit, so fern es sich vornehmlich um Störungen des Gefühls handelt, und so hat man es mit einer einheitlichen Krankheit zu thun, welche ein Stadium des Anstiegs und Abstiegs unterscheiden lässt. Man halte streng aus einander das cyklische Irresein, welches nicht zu Terminalblödsinn führt und selbst im Stadium der Manie nur eine krankhafte Veränderung des Gefühlslebens repräsentirt, und das cyklische Irresein, welches in Verwirrtheit und Demenz übergeht und im Exaltationsstadium alle Seiten der Seelenthätigkeit primär ergriffen hat. Letzteres wird passend als typisches Irresein mit cirkulärem Verlauf (Vesania typ. circular.) bezeichnet, für die nicht degenerative Reihe hat K. das Wort Cyclothymia vorgeschlagen. Die Melancholie, welche eine bleibende Gefühlsdepression ist, wird mit Flemming Dysthymie genannt. Für die Manie empfiehlt sich der Name Hyperthymie. Dysthymie, Hyperthymie und Cyclothymie sind somit bloße Gemüthskrankheiten (partielle Geistesstörungen). Auch in der Psychopathologie muss das durch den Flourens'schen Satz von der Solidarität des Gehirns für die Seelenfunktionen gestützte Vorurtheil von der Untheilbarkeit der Seele fallen gelassen werden, es giebt nicht bloß diffuse, sondern auch in gewissem Sinne lokalisirte funktionelle Hirnkrankheiten (Psychosen). Dieser Standpunkt ist für den praktischen Arzt von großer Bedeutung, so fern es ermöglicht wird, durch Beobachtung der ersten Symptome zu einem einigermaßen sicheren diagnostischen Urtheil zu gelangen, das für Verlauf, Prognose und Behandlung von großer Wichtigkeit werden kann, während bei dem bisherigen diagnostischen Stande die specielle Symptomatik gänzlich im Stiche lässt und der psychiatrische Specialist sich gewöhnlich mehr durch einen gewissen Takt, als durch eine größere specielle Kenntnis von Einzelsymptomen und deren Anwendung von Nichtspecialisten unterscheidet.

Julius Wolff (Breslau).

---

389. E. A. Birge. Die Zahl der Nervenfasern und der motorischen Ganglienzellen im Rückenmark des Frosches. (Aus dem physiologischen Institute zu Leipzig.

(Archiv für Anatomie und Pathologie 1882, physiologische Abtheilung, p. 435 bis 479; mit 2 Tafeln.)

B. hat unter Gaule's Leitung die numerischen Verhältnisse der Nervenfasern, der Rückenmarkswurzeln und der Nervenstämme zu einander und zu den motorischen Ganglienzellen studirt. Die Zählung geschah an Nervenquerschnitten von $^1/_{200}$ mm und an Serien von $^1/_{75}$—$^1/_{50}$ mm dicken Rückenmarksquerschnitten. Die gewonnenen Resultate sind folgende:

1) Im Froschrückenmark ist für jede vordere Wurzelfaser in den Vorderhörnern eine Ganglienzelle in einer dicht zusammengedrängten Gruppe von großen Zellen mit mehreren Ausläufern vorhanden; den ganz kleinen Nervenfasern entspricht eine Anzahl kleiner Zellen, welche der erst genannten Gruppe dicht angeschmiegt liegt und in Bezug auf ihre Orientirung mit ihr übereinstimmt.

2) Der Plexus brachialis enthält stets mehr oder wenigstens gleich viel Nervenfasern wie der Plexus lumbalis; eben so ist die Zahl der Zellen in der Brachialregion des Rückenmarks annähernd gleich der Zahl der Zellen in der Dorsal- und Lumbalregion. Es ist wahrscheinlich, dass Wurzelfasern des dritten Brachialnerven aus der Dorsalregion des Rückenmarks ihren Ursprung nehmen.

3) Mit dem Gewicht des Frosches nimmt die Zahl der Ganglienzellen und Nervenfasern zu; ein Frosch von $1^1/_2$ g hatte 4871 Ganglienzellen, ein Frosch von 22 g hatte 6758 Ganglienzellen, ein Frosch von 67 g hatte 8539 Ganglienzellen und die entsprechende Zahl von markhaltigen Wurzelfasern. Dabei neigt B. zu der Ansicht, dass beim Wachsthum des Frosches schon präformirte Gebilde zu markhaltigen Nervenfasern sich entwickeln.

4) Die Zahl der Nervenfasern in den motorischen und sensiblen Rückenmarkswurzeln ist gleich der in den Nervenstämmen, so dass in den Spinalganglien keine einzige Faser endigt. (Vergleiche hierzu auch Freud, Holl, Stiénon, Ranvier, Retzius.)

5) Die Gesammtzahl der sensorischen Fasern ist größer als die der motorischen, und die Zahl der ersteren scheint mit dem Körpergewicht rascher zuzunehmen, als die der letzteren.

Nussbaum (Bonn).

---

390. C. Friedlaender (Berlin). Über Verkalkung der Ganglienzellen.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. Hft 1.)

F. theilt 3 Fälle von Poliomyelitis mit, in denen Verkalkung der Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarks beobachtet wurde. Zwei betrafen spinale Kinderlähmung, während der dritte sich

auf eine akut nach Trauma entstandene Lähmung bezieht. Aus seinen eigenen Beobachtungen und aus sich daran anschließenden Funden zieht Verf. den Schluss, dass die Verkalkung der Ganglienzellen eine der akuten Myelitis konstant zukommende Erscheinung ist. Auch die Erfahrungen Anderer, namentlich Virchow's, so wie die Thatsache, dass etwa in der Hälfte aller Fälle von Hirnerweichungen, bei denen es sich ja fast stets um akut einsetzende Processe handelt, Verkalkungen vorkommen, weisen darauf hin, dass dieser Process einem akuten Beginn der Krankheit entspricht.

Zur Erklärung zieht Verf. eine Parallele mit den Versuchsergebnissen Litten's, der gefunden hatte, dass arterielle Anämie eine ausgedehnte Verkalkung der Nierenepithelien herbeiführt; er meint, dass es sich bei der Poliomyelitis um eine Alteration der Ganglienzellen durch ein infektiöses Agens handele, und ist geneigt, diese Krankheit als eine Infektionskrankheit aufzufassen, wofür viele der bezüglichen Krankheitserscheinungen sprächen.

Karewski (Berlin).

---

391. **Wilhelm Koch** (Dorpat). Zur Lungenchirurgie. (Dritte Mittheilung.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 32.)

K. hatte schon 1873 in einer ersten Arbeit[1] über experimentelle Versuche berichtet, mittels koncentrirter Jodjodkalilösungen oder Galvanokaustik beliebige Abschnitte, selbst ganze Lappen der Lunge in ein bindegewebiges Narbengewebe zu verwandeln, und schon damals, sich stützend auf die geringe Reaktion der Versuchsthiere gegen diese Eingriffe, so wie die chirurgischerseits öfters konstatirte geringe Empfindlichkeit auch der menschlichen Lunge (Ungefährlichkeit des Lungenvorfalls, prompte Heilung der Lungenschusskanäle) den Vorschlag gemacht, »man möge die chronischen, noch nicht zu weit vorgeschrittenen, d. h. lokalisirten Lungenaffektionen versuchsweise auch einmal mit chirurgischen Waffen bekämpfen«. In einer zweiten Arbeit (1874)[2] hatte er sodann seine Ansicht ausgesprochen, dass die Eröffnung und Flächenbehandlung von Lungenkavernen nur bei starker mit Fieber einhergehender jauchiger Sekretion und Blutung erlaubt sei, dass es dagegen irrationell sei, die Phthise als solche durch eine Flächenbehandlung von zufällig inmitten des erkrankten Gewebes sich vorfindenden Kavernen zu bekämpfen, dass hierfür vielmehr entweder nur die Durchsetzung des gesammten erkrankten Lungenabschnittes mit stark reizenden und desinficirenden

---

[1] Archiv für klinische Chirurgie 1873, Bd. XV, p. 706. Über die Veränderungen, welche gewisse mechanische und chemische Reize im Lungenparenchym hervorbringen.

[2] Berliner klinische Wochenschrift 1874, No. 16, p. 194, April 20. Historisches über die chirurgische Behandlung der Lungenkavernen.

Mitteln, oder die Zerstörung des Parenchyms, am besten mittels Galvanokaustik in Frage kommen könne. Erstere Methode, und zwar mittels parenchymatöser Injektion reiner Jodtinktur in das erkrankte Lungengewebe, hatte er seit dem 20. November 1873 auf der Frerichsschen Abtheilung der Berliner Charité Gelegenheit zu versuchen, doch erwies sich hierbei der Einfluss der Jodtinktur auf die Schrumpfung tuberkulös degenerirter Partien als ziemlich irrelevant.

Neuerdings hatte K. Gelegenheit, auf der Leyden'schen Abtheilung der Charité in zwei Fällen von putrider Bronchitis mit Bronchiektasien, die bei der üblichen internen Behandlung als unheilbar gelten mussten und dem Tode verfallen waren, die Methode der Galvanokaustik in Anwendung zu ziehen.

In beiden Fällen wurde sowohl vor, als während der Operation das »Aspirationsverfahren« angewendet Behufs genauer Lokalisirung der zu zerstörenden resp. zu eröffnenden Herde: man armirt zu diesem Zwecke eine Pravaz'sche Spritze mit Hohlnadeln von 7—15 cm Länge, führt sie in die Lungensubstanz ein, und ändert systematisch die Richtung der Nadelspitze so lange, bis die Aspiration putrides Sekret in reichlicher Menge zum Spritzenkörper hineinbefördert.

Die Operation wurde jedes Mal mit Resektion eines entsprechenden Rippenstückes begonnen, darauf, nachdem Verwachsung der beiden Pleurablätter konstatirt worden, der Thermokauter in der durch die Aspiration bestimmten Richtung vorgeschoben, die Kavernen je nach Größe entweder thermokaustisch zerstört oder eröffnet, drainirt und irrigirt (Thymol, essigsaure Thonerde). Im ersten Falle sank das putride Sputum gleich nach der ersten Operation (26. Juni), bei minimaler Reaktion des Patienten, von 400 auf 120 ccm, bestand aber auch nach einer zweiten (30. Juni) und dritten (11. Juli) Operation noch in geringem Maße, so dass das Vorhandensein noch weiterer Kavernen wahrscheinlich ist, deren Zerstörung ebenfalls beabsichtigt wird. Zustand des Pat. leidlich befriedigend.

In Fall 2, betreffend eine 29jährige Handelsfrau, die seit 1878 nach Nephritis an Ikterus und reichlichem übelriechenden Auswurf litt, wurden in einer Sitzung zwei faust- resp. kindskopfgroße Kavernen eröffnet. Nach der Operation trat Kollaps ein, 7 Tage darauf Exitus. Auswurf, der 800—1000 ccm pro die betragen hatte, war nach der Operation wie mit einem Schlage beseitigt. Als Ursache des Exitus ergab die Sektion: phlegmonöse Degeneration der Porta hepatis, lobuläre Bronchopneumonie des linken unteren Lungenlappens um einen Fremdkörper herum (Operation war rechts gewesen), chronische, offenbar schon vor der Operation bestandene Septikämie (fettige und parenchymatöse Entartung der Organe).

Für indicirt hält K. die Methode der Thermokaustik, deren Princip es sein müsse, von der athmenden Substanz nicht mehr als absolut nöthig zu zerstören, und die daher auf genau lokalisirende Diagnose mittels physikalischer Untersuchung und Aspirationsverfahren angewiesen sei, in folgenden Fällen:

1) Bei chronischer Lungengangrän. Findet sich nur eine Höhle, so genügt es, thermokaustisch eine zu ihr führende Fistel anzulegen, darauf Drainage, Irrigation; bei sehr oberflächlichen Kavernen genügt eventuell statt des Thermokauters das Messer;

2) bei akuter Lungengangrän (z. B. nach Schussverletzung). Hier muss außer Fistelbildung auch die Verschorfung der brandigen Partie vorgenommen werden, weil die Sequestration des abgestorbenen Gewebes gewöhnlich noch nicht vollendet ist;

3) wenn Fremdkörper auf dem natürlichen Wege nicht eliminirt werden, sondern zu pathologischen Processen Anlass geben.

Fraglich ist die Indication:

4) bei putrider Bronchitis ohne nachweisbare Bronchiektasien;

5) bei der jedenfalls seltenen ganz lokalisirten Lungentukerkulose.

Die Lungenresektion, über welche K. bereits 1872 ebenfalls Versuche gemacht, hat nach seiner Ansicht eine nennenswerthe Zukunft nicht.

Freudenberg (Berlin).

---

392. **Penzoldt.** Über die von Brustwirbelcaries ausgehende Ösophagusperforation und ihre Erkennung.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVI. p. 448.)

Auf Grund eines klinisch und anatomisch genau beobachteten Falles von Ösophagusperforation nach Brustwirbelcaries bei einem Phthisiker untersuchte P. die Wahrscheinlichkeitsgründe, welche die Diagnose einer derartigen Perforation möglich machen. Während die in der Litteratur vorliegenden, so wie auch zwei von P. mitgetheilte, aber nicht selbst beobachtete Fälle nach dieser Richtung hin keine Anhaltspunkte bieten, war in dem vorliegenden Fall die Diagnose möglich, besonders auf Grund der plötzlichen Entleerung reichlicher, eitriger, blutig gefärbter Massen, welche mehr ausgewürgt als ausgehustet wurden, ferner auf Grund der gesteigerten Empfindlichkeit der entsprechenden Hals- und Brustgegend, endlich in dem Unvermögen zu schlingen und im Auftreten von Fiebersteigerungen und Schüttelfrösten.

Schottelius (Marburg).

---

393. **P. Grawitz.** Über Krebsmetastasen im Magen.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVI. p. 15.)

Gegenüber der großen Seltenheit von Krebsmetastasen im Magen ist Verf. in der glücklichen Lage, über vier neue Fälle dieser Art berichten zu können.

In zweien dieser Fälle handelte es sich um Metastasen nach primärem Ösophaguskrebs im mittleren Theile der Speiseröhre. Die Knoten im Magen — im einen Falle zwei, im anderen ein gänseeigroßer — zeigten sich aus Plattenepithelien zusammengesetzt.

Im dritten Fall bildet ein fungöses Hodencarcinom den Aus-

gangspunkt; den Metastasen im anderen Hoden, Lungen, Leber. Nieren etc. schließen sich zwei histologisch wie das primäre Hodencarcinom zusammengesetzte metastatische Krebsknoten im Magen an, deren größerer ein centrales Krebsgeschwür zeigt.

Der vierte Fall betrifft eine allgemeine Carcinose nach recidivirtem Brustkrebs. Im Magen finden sich nahe dem Pylorus ein zehnmarkstückgroßer und fünf linsengroße flache derbe Tumoren.

G. hält das Faktum: dass in allen acht in letzterer Zeit beschriebenen Fällen von metastatischen Magenkrebsen die Neubildung einen »cirkumskripten Charakter« an sich trug, für entscheidend, um in zweifelhaften Fällen die Frage nach der primären oder sekundären Natur des Carcinoms zu beantworten.

Schottelius (Marburg).

---

394. W. Gruber. Darmschlingenknoten etc.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVI. p. 41.)

Dieser nach G. komplicirteste der bis jetzt beobachteten hierher gehörigen Fälle war durch Verknüpfung dreier Dünndarmschlingenpackete mit der Flexura sigmoidea entstanden. Als disponirende Ursache zur Knotenbildung ist die kongenitale Aufstellung des langen an einem abnorm breiten Mesenterium hängenden Jejuno-Ileum nebst einer großen zur Achsendrehung disponirten Flexura sigmoidea anzusehen. Der Fall repräsentirt daher nach G. eine neue fünfte Unterart der Möglichkeiten von Darmschlingenknotenbildung. Das inkarcerirte Stück des Jejuno-Ileum — das längste der bisher beobachteten — hatte eine Länge von 22 Fuß und 10 Zoll; der Tod erfolgte nach der bisher beobachteten kürzesten Inkarcerationsdauer nämlich nach etwa 9 Stunden. Es handelte sich um einen 54jährigen Bauer, welcher Behufs Exstirpation eines Frontaltumors in die medicochirurgische Akademie zu Petersburg aufgenommen war und plötzlich ohne nachweisbare äußere Veranlassung an der beschriebenen Darmverschlingung zu Grunde ging. **Schottelius** (Marburg).

---

395. M. Roth. Über Missbildungen im Bereich des Ductus omphalo-mesentericus.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVI. p. 371.)

Nach einer kurzen Übersicht über Genese und Eintheilung der Enterokystome werden zwei Fälle von kongenitalen, aus dem Diverticulum ilei hervorgegangenen Darmcysten beschrieben. Im ersten Fall handelt es sich bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde um eine 6 cm lange, durch Ektasie des Meckel'schen Divertikels gebildete Cyste, welche mit dem Darmrohr mittels eines hohlen, 11 mm langen Stieles in offener Verbindung steht. Torsion dieses Stieles hatte eine Peritonitis zur Folge, welche den Tod herbeiführte. Die mikroskopische

Untersuchung der Divertikelwand lässt »deutliche Darmstruktur erkennen, komplicirt durch Veränderungen irritativer und entzündlicher Natur«. Im zweiten Fall findet sich ein von dem intramesenterial gelagerten Meckel'schen Divertikel abgeschnürtes Enterokystom neben mehreren anderen Enterokystomen der Bauch- und Brusthöhle bei einem Kinde, dessen Tod 10 Minuten nach der Geburt eintrat. Das intramesenterial gelagerte, unter spitzem Winkel vom Darmrohr abgehende Diverticulum ilei läuft peripher in eine bohnengroße Cyste aus, deren Inhalt nicht gallig gefärbt ist. Die Wandung dieser Cyste ist stellenweise von cilientragenden Cylinderzellen überzogen; Lieberkühn'sche Drüsen fehlen. Es findet sich außer dieser Cyste noch eine große Abdominalcyste retroperitoneal im rechten Umfang der Gekröswurzel mit 34 ccm fadenziehendem flockigem Inhalt und von Cylinderzellen ausgekleidet; ferner eine Cyste im Mediastinum posticum, welche sich vom 3. bis 10. Brustwirbel erstreckt und dickwandig, undurchsichtig, prall elastisch von verkehrt eiförmiger Gestalt ist. Diese Cyste musste, wie sich auch aus der Form, besonders der rechten Lunge ergiebt, einen starken Druck auf die Brustorgane ausüben; sie ist übrigens durch zwei quere Leisten in drei fast ganz von einander getrennte Räume zerlegt. Die Wandung besitzt Darmstruktur mit vorwiegender Entwicklung der Muskelschichten. Die beiden letzteren Cysten können nach Verf. eben sowohl »durch Abschnürung in loco aus dem Duodenum und dem Ösophagus .... als durch Abschnürung aus dem Dünndarmdivertikel, bez. Dottergange, mit Verschiebung nach oben zur Zeit der noch gemeinsamen Pleuroperitonealhöhle hervorgegangen sein«.

Drittens beschreibt R. einen Fall eines am peripheren Ende offenen und am Nabel rüsselförmig prominenten Divertikels, welches sich bei einem 6 Monate alten an Bronchialkatarrh verstorbenen Kinde vorfand. Es folgt zum Schluss eine Zusammenstellung der bisher beobachteten, auf den Ductus omphalo-mesaraicus zurückzuführenden Missbildungen.

Schottelius (Marburg).

---

396. **Baginsky.** Untersuchungen über den Darmkanal des menschlichen Kindes.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIX. p. 64.)

Die Thatsache, dass die Verdauung des kindlichen Darmes eine wesentlich andere ist als die des erwachsenen, dass besonders in den ersten Lebensjahren erhebliche Änderungen in der Physiologie der Verdauung eintreten, deren chemisches Substrat durch die Untersuchungen von Zweifel und Korowin der Hauptsache nach erschlossen ist, lässt B. vermuthen, es möge auch die anatomische Anlage des in so anderer Weise physiologisch fungirenden Verdauungstraktes beim jüngeren Kinde eine andere sein, als in dem des älteren und Erwachsenen. Diesem Gedanken wurde schon von Beneke durch den Nachweis des verschiedenen Verhältnisses des kindlichen und des er-

wachsenen Darmes zur Körperlänge makroskopisch Ausdruck gegeben. Verf. macht es sich zur Aufgabe, durch mikroskopische Detailforschung dem anatomischen Mechanismus der Verdauung des Kindes nachzugehen.

An Schnitten von Alkoholpräparaten werden die einzelnen Abtheilungen des Verdauungstraktus untersucht: beim 4monatlichen Fötus, beim 7monatlichen Fötus, beim neugeborenen, einjährigen und dreijährigen Kinde. Den eingehenden histologischen Detailschilderungen entnehmen wir Folgendes: Schon beim 4monatlichen Fötus lassen sich im Magen die Heidenhain'schen Belag- und Hauptzellen unterscheiden (ein Befund, der übrigens höchst auffallenderweise von B. beim 7monatlichen Fötus nicht erhoben werden kann). Die zuerst nur als leichte Vertiefungen angedeuteten Drüsenschläuche entwickeln sich mehr und mehr sowohl an Zahl als an Länge, während die zottige Beschaffenheit der Schleimhaut besonders am Fundus allmählich verschwindet, eben so nimmt der Reichthum an lymphoiden Zellen und die Breite des Lymphgefäßapparates mit fortschreitendem Wachsthum im Magen ab.

Im Duodenum zeigen sich beim 7monatlichen Fötus die Zotten reichlich entwickelt und es lassen sich ganz vorzüglich entwickelte Brunner'sche Drüsen von zweifellos tubulöser Natur deutlich erkennen. Das Epithel dieser Drüsen zeichnet sich nach B. vor den Lieberkühn'schen Drüsen dadurch aus, dass es sich weder mit Gentianaviolett noch mit Bismarckbraun färben lässt, sondern fast immer seine durchsichtige blasse Farbe behält. Übrigens bestätigt Verf. die Schwalbe'schen Beschreibungen der Epithelformen.

Das weitere Wachsthum des Duodenum kennzeichnet sich durch fernere Entwickelung der Zotten und Falten und bedeutende Zunahme der Brunner'schen Drüsen.

Im Jejunum sieht man beim 4monatlichen Fötus als erste Anlage der Lieberkühn'schen Drüsen mäßige Einsenkungen des Epithels, die sich beim 7monatlichen Fötus schon zu schlanken am Drüsenhals etwas eingezogenen Schläuchen ausgebildet haben. Dieselben sind zuweilen dichotomisch getheilt und erreichen beim einjährigen Kinde die Länge von 0,15 mm. Die Breite der Drüsen misst am Fundus 0,033 mm. Die Entwickelung des Ileum und Dickdarm schließt sich den Verhältnissen im Duodenum und Jejunum unmittelbar an.

Überall nimmt die Darmoberfläche durch Vermehrung der Zotten stetig zu, eben so wächst die Drüsenzahl, während das Lymphgefäßsystem von der Fötalperiode an an Mächtigkeit stetig abnimmt. In diesen Verhältnissen aber findet sich der anatomische Ausdruck dafür, dass die Resorptionsfähigkeit des kindlichen Darmes eine wesentlich bessere ist als die des erwachsenen, während andererseits die auf dem vollkommener entwickelten Drüsenparenchym basirende chemische Leistung des Darmes im erwachsenen Zustande leistungsfähiger ist als im kindlichen.

Schottelius (Marburg).

---

397. **H. J. Vetlesen.** Über eine eigenthümliche, reducirende Substanz im Harn bei innerem Gebrauch von Terpentin.

(Pflüger's Archiv 1882. Bd. XXVIII.)

Prof. Almén in Upsala hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass bei innerem Gebrauch von Terpentin Zucker im Harne vorkommt. Wismuthoxydlösung gab ihm nach dem Gebrauch von Terpentin immer deutliche Reaktion. V. hat eine Reihe von Versuchen mit Harn von zwei Lungenkranken angestellt, von denen der eine mit Terpentininhalationen, der zweite mit Inhalationen und Terpentinpillen behandelt wurde. Die Harne enthielten ein Eiweiß, jedoch glaubt Verf. nach seinen Gährungsversuchen die Annahme berechtigt, dass es sich nicht allein um eine neue reducirende Substanz, sondern um eine gährungsfähige Zuckerart handele, über die die speciellen Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind. Er empfiehlt zunächst Vorsicht bei Deutung der Zuckerreaktionen, so wie der Gährung, da nach Worm-Müller sehr wahrscheinlich normaler Harn nicht selten 0,025 bis 0,05% Traubenzucker enthält und möglicherweise der aus Terpentinharn durch Gährung erhaltene Alkohol von Traubenzucker herstammt.

Kochs (Bonn).

---

398. **E. W. Dunbar.** Bismuth in dyspepsia of children.

(Practitioner 1882. No. 171. Sept.)

D. empfiehlt Bismuthum subnitricum in Dosen von 0,03—0,3 oder citronensaures Ammoniakwismuth in Dosen von 0,1—1,0, 2 bis 4mal täglich, je nach Alter des Kindes und Schwere der Affektion, bei Kinderdyspepsien mit reiner oder wenig belegter, aber gerötheter und geschwollener, Papillae fungiformes zeigender Zunge, besonders nach der Mahlzeit zu nehmen; unwirksam sei Wismuth bei reiner, glatter, keine Veränderung der Papillen aufweisender Zunge.

Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

399. **Ad. Kjellberg** (Stockholm). Fall von Vergiftung durch Atropin bei einem 7jährigen Kinde.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Bd. III. Hft. 11 u. 12.)

Auf eine 6 cm breite ringförmige Brandwunde mit fungösen, schlaffen Granulationen, war aus Versehen eine Kompresse mit 1%iger Atropinlösung gelegt worden. Nach einigen Minuten trat Röthe des Gesichts, Klagen über Trockenheit im Halse, Durst auf. Nach 1/4 Stunde bekam Pat. Zuckungen im Kopf und Armen und erbrach. Der Fehlgriff wurde entdeckt und eine Wasserkompresse aufgelegt. Jedoch traten bei blasser Gesichtsfarbe Delirien meist froher Natur auf. Kopf wurde hin- und hergeworfen, die Finger waren dabei geschlossen, die Arme im Cubitalgelenk gebeugt, dann trat Rüttelung beider Oberextremitäten 1/2—1 Minute ein, wonach das Kind wie betäubt dalag. Nach einigen Minuten wiederholte sich das Phänomen. Nach 3 Stunden befielen klonische Krämpfe den ganzen Körper, die zuletzt in tonische übergingen. Pupillen ad maximum dilatirt, reak-

tionslos. Schleim- und Speichelsekretion wurde nicht beobachtet. Das Schlingvermögen war erschwert. Stimme heiser, lallend. Hautsensibilität aufgehoben. Haut trocken, blaublass. Kein Fieber: 37,2 T. Puls klein, frequent, weich, unregelmäßig, intermittent. Respiration beschleunigt, oberflächlich. Keine Sphinkterenlähmung.

Nach 10 Stunden allmählicher Nachlass obiger Symptome, nach 24 Stunden nur noch Erweiterung der Pupillen und Trägheit der Beinbewegungen. Die Ordination bestand in zwei Terpentinklystieren und Kognak.

Verf. befürwortet in ähnlichen Fällen die Anwendung von Stimulantien zur Bekämpfung der drohenden Herzlähmung. **Kohts** (Straßburg).

400. **Ad. Kjellberg** (Stockholm). Fall von Tetanie bei einem 4jährigen Kinde.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Bd. III.)

Ein 4jähriges, vorher nie krankes Kind war ins Wasser gefallen. Nach drei Wochen trat Steifheit der Beine auf; bald treten in Intervallen tonische Krämpfe in den unteren Extremitäten auf; die Fersen werden dabei so hoch wie möglich heraufgezogen, das Gesicht ist verzogen, Nasolabialfalte steht tief; Trismus. Ist der Anfall heftiger, so tritt auch Opisthotonus und Kontraktur der Bauch- und Brustmuskulatur ein; Zwerchfell ist niemals betheiligt. Die Oberextremitäten betheiligen sich fast gar nicht. Myosis nicht vorhanden, keine fibrillären Muskelzuckungen; Transpiration nicht gesteigert. Puls- und Respirationsfrequenz während der Anfälle groß. Das Sensorium war stets frei. Die Anfälle dauern von 3—10 Minuten. Gemüthsbewegungen und Versuche, das Kind auf den Beinen zu stützen, rufen einen Anfall hervor. Kompression der Armarterien oder Nerven, eben so die des Nerv. ischiadicus rufen keinen Anfall hervor. Dagegen tritt nach Kompression der Art. femoral. ein heftiger Anfall auf. In den Intervallen ist Pat. munter. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln ist erhöht. Reflexerregbarkeit normal. Kein Fieber. Ord.: Warme Bäder, Einreibungen der Beine mit Linim. sapon. camph. Hiernach tritt allmählich Besserung und nach zwei Monaten Heilung ein.

Kohts (Straßburg).

401. **Th. Hryntschak** (Wien). Beiträge zur Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge. Über Laktin.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Bd. III. Hft. 11 u. 12.)

Im Jahre 1879 wurde von J. Kuntz, Chemiker in Wathwyl in der Schweiz, ein Milchzuckerpräparat, Laktin, erfunden und von Dr. Albrecht auf der Naturforscherversammlung in Baden-Baden empfohlen. Dasselbe sollte zur Kuhmilch hinzugesetzt, ein Nährmittel für Säuglinge schaffen, »so dass das Verhältnis der Nährstoffgruppen dasselbe wird, wie in normaler Frauenmilch, und somit die Nährstoffe die möglichst nämliche Assimilirbarkeit, wie von Frauenmilch erhalten. Nach Vorschrift gab Verf. 12 g Laktin, je nach dem Alter des Kindes gelöst in $^1/_4$ bis $^1/_2$ Liter Wasser oder rein zu $^1/_2$ Liter Kuhmilch zugesetzt. Die 31 Versuchskinder litten an Verdauungsstörungen und waren von ihren Müttern mit unpassenden Mitteln gefüttert worden. Die Laktinmilch wurde in dem Alter des Kindes entsprechenden Zwischenräumen gegeben. Die Versuche ergaben, dass das Laktin, dessen Bereitung Fabrikgeheimnis ist, der von dem Erfinder gerühmten Eigenschaften entbehrt, ja in manchen Fällen, wegen seines Gehaltes an Stärkemehl und Salzen, den Säuglingen Schaden bringt. **Kohts** (Straßburg).

Berichtigung.

Auf p. 426 im Referat 375 Rosenbach, »Die Anwesenheit von Geschwulstpartikeln etc.« im Schlusssatze lies: Magenausspülung statt: Magenleiden.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger,** Berlin, Prof. **Ehrlich,** Berlin, Prof. **Finkler,** Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 29. **Sonnabend, den 4. November.** **1882.**

Über die Resorptionsfähigkeit der menschlichen Magenschleimhaut unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen.

Von

Dr. med. **Julius Wolff,**

Assistenzarzt am Allerheiligenhospital zu Breslau.

Pentzold und Faber haben neuerdings in einer interessanten Arbeit unsere Aufmerksamkeit auf die normale und anomale Resorption der Magenschleimhaut des Menschen gelenkt und darauf hingewiesen, dass durch Bestimmung der Resorptionsgeschwindigkeit des

Magens die Möglichkeit gegeben sei, einen genaueren Einblick als bisher in die jeweilige Funktion desselben zu gewinnen. Bei Verabreichung von 0,2 g Jodkalium per os in Gelatinkapseln sahen sie das Jod in einem Zeitraume von $6^1/_2$—15 Minuten im Speichel Normalverdauender erscheinen; verzögert war die Zeit zu 45 Minuten und mehr bei Magendilatation: eine Thatsache, welcher sie einen diagnostischen Werth beimessen. Für das Ulcus ventriculi ergab sich ihnen, entgegen ihrer ursprünglichen Vermuthung, dass die Resorption beschleunigt sein werde, bald eine normale Zeit, bald eine größere oder geringere Verzögerung, und es scheint, als wären sie nicht geneigt, die Resorptionsstörungen für die Diagnose dieses Leidens heranzuziehen. Ganz allgemein kommen sie zu dem Resultat, dass man aus den positiven Ergebnissen der Resorptionsversuche (Verzögerung) einen Schluss ziehen könne auf das Bestehen einer Funktionsstörung, dass man jedoch auf Grund eines negativen Resultates eine Reihe von Störungen bei der Differenzialdiagnose auszuschließen im Stande sei. Auch ich habe eine größere Anzahl Versuche über Resorption im Magen angestellt und möchte an dieser Stelle nur kurz über einige gewonnene Ergebnisse berichten; eine ausführlichere Darstellung der Versuche, so wie der Krankengeschichten und Obduktionsbefunde erfolgt demnächst an anderer Stelle.

Zuvörderst sah ich die normale Resorptionszeit in weit höheren Grenzen als jene Autoren angeben, nämlich zwischen 6 Minuten und $1^1/_2$ Stunden schwanken; daraus ergiebt sich, dass wir zunächst Werthe bis zu der Höhe von $1^1/_2$ Stunden für die Diagnose eines pathologischen Zustandes des Magens nicht verwenden können. Demnach war auch die Resorption bisher normal bei den verschiedensten Krankheiten des Respirationstrakts mit oder ohne Verdauungsstörungen (Pneumonie, Pleuritis, Phthis. pulm. u. a.), bei Dyspepsie in Folge schwerer Anämien (Carcin. uteri, Carcin. oesophag. u. a.), bei Pseudoleukämie, bei Hirnleiden und vielen anderen Krankheiten. Etwas verlangsamt war die Resorption mitunter bei akutem und chronischem Magenkatarrh; Werthe über 1 Stunde 42 Minuten wurden dabei nicht gefunden. Eine auffallende Verlangsamung bot das Carcinoma ventriculi dar; Jod konnte häufig erst 3, 4 Stunden nach Aufnahme in den Magen im Speichel nachgewiesen werden, in einer Zeit also, welche bisher bei anderen Verdauungs(Magen-)krankheiten nicht beobachtet worden ist. Diese Thatsache ist um so befremdlicher, als in einigen Fällen, wie die Sektion lehrte, der carcinomatöse Tumor äußerst klein war, die normale Schleimhautfläche aber ansehnlich genug erschien, um die Resorption für ein so leicht resorbirbares Salz wie das Jodkalium in normaler Zeit zu bewerkstelligen. Andererseits aber erwies sich die Resorptionszeit selbst bei ziemlich umfangreichen Magencarcinomen zuweilen normal, sei es für eine gewisse Zeit oder für die ganze (allerdings nicht lange) Dauer der Beobachtung, und damit erleidet jener Satz von P. und F., dass man auf Grund eines negativen Resultats der Resorptionsversuche eine Reihe

von Störungen bei der Differenzialdiagnose ausschließen könne, eine wesentliche Einschränkung. Abzuwarten bleibt, ob sich nicht einmal bei chronischem Magenkatarrh oder bei Ulcus ventriculi doch gleiche Störungen zeigen, wie wir sie eben für den Magenkrebs beschrieben haben; sollten dieselben wirklich nur dem Magencarcinom zukommen, so wäre freilich Vieles für die Diagnose des Magenkrebses, vielleicht selbst des nicht palpablen, welche ja mitunter unüberwindliche Schwierigkeiten bereitet, gewonnen. Kardiakrebse, so wie das Carcinom der kleinen und großen Kurvatur von bestimmter anatomischer Beschaffenheit und Ausbreitung haben, nach den bisherigen Erfahrungen, keine Störungen der Resorption gesetzt im Gegensatz zum Carcinoma pylori (mit oder ohne Magendilatation). Dass höchstens ein positiver Befund (Verzögerung der Resorption) für Carcinom, in keinem Falle ein negativer gegen Krebs sprechen könnte, bedarf, nach dem oben Mitgetheilten, wohl kaum der Erwähnung. Dass die Methode der Resorptionsprüfung des Magens recht bald allgemein adoptirt und den übrigen klinischen Untersuchungsmethoden eingereiht werde, ist gewiss schon desshalb zu hoffen, weil wir auf diesem Wege zum Mindesten in der wissenschaftlichen Beurtheilung der Magenkrankheiten einen Schritt vorwärts thun, wenn nicht eben auch die Diagnostik gefördert wird.

Über die Resorptionsversuche vom Mastdarm aus bei verschiedenen Krankheiten, so auch beim Magencarcinom, über die Versuche ferner mit salpetrigsauren Salzen und deren Übergang in die Cirkulation vom Magen aus, will ich an anderer Stelle berichten.

---

402. **Fraenkel.** Über Cysten im Darmkanal.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVII. p. 275.)

Über die Genese der sehr seltenen Cysten in der Wand des Dickdarm existiren in so fern zwei verschiedene Anschauungen, als dieselben z. B. nach Luschka und Orth als Retentionscysten (entstanden aus degenerirten Lieberkühn'schen Drüsen), nach Cornil und Kelsch als Erweichungscysten (hervorgegangen aus solitären Follikeln) aufgefasst werden. Auf Grund eines in seinem Verlauf gut beobachteten und genau anatomisch untersuchten Falles schließt sich Verf. der Ansicht der erstgenannten Autoren an: es handelt sich um echte aus Lieberkühn'schen Drüsen entstandene Retentionscysten, welche sich im Anschluss an einen chronisch entzündlichen Process in der Mucosa des Dickdarms entwickelt haben.

Eine zweite nach einem älteren Präparat beschriebene Cyste des Darmkanal von kugeliger Gestalt und $2^1/_2$ cm Durchmesser findet sich bei einem 5 Tage nach der Geburt verstorbenen Kinde dicht über der Valvul. Bauhin. Dieselbe ist als angeboren zu betrachten und führte den Tod des Kindes durch Obturation des Darmrohrs herbei.

Schottelius (Marburg.)

---

403. **Thoma.** Vier Fälle von Hernia diaphragmatica.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. p. 515.)

An die Beschreibung von 4 neuen Fällen von Hernia diaphragmatica schließt Th. eine eingehende statistische Betrachtung der 290 bis jetzt in der Litteratur verzeichneten Fälle von Zwerchfellshernien, hauptsächlich um zu eruiren, ob und durch welche fötale Bedingungen echte Zwerchfellshernien begünstigt resp. veranlasst werden.

Der erste Fall betrifft eine 76jährige Frau, bei deren Sektion als Zufälligkeitsbefund eine rechtsseitige wahre Zwerchfellshernie beobachtet wurde. Der unregelmäßig gestaltete Bruchsack hat eine Pforte von 4 cm Durchmesser und enthält ein 63 cm langes Stück Dickdarm. Die rechte Lunge zeigt einen dem Bruchsack entsprechend difform entwickelten Unterlappen, wonach für die Entstehung der vorliegenden Hernie spätestens das 17. Lebensjahr anzunehmen ist.

Ebenfalls als zufälligen Sektionsbefund bietet der zweite Fall eine Eventratio diaphragmatica sinistra dar, welche bei einem 76jährigen Landmann gefunden wurde. Im linken Brustraum liegt der stark ausgedehnte Magen und die etwas nach oben verschobene Milz. Links vom Ligam. suspensor. hepat. liegt das Zwerchfell scharf nach oben und bildet auf diesem Wege die rechte Wand des Sackes. Außer dieser Zwerchfellshernie finden sich bei demselben Individuum noch zwei Leistenbrüche, ein rechtsseitiger Schenkelbruch und eine Hernia interna pelvis minoris. Der Tod war an septischer Peritonitis nach Operation eines inkarcerirten Schenkelbruchs erfolgt. Das Vorhandensein so zahlreicher abnormer Bauchfelltaschen lässt auch für die Zwerchfellhernie einen angeborenen Defekt mit Sicherheit vermuthen.

Der nur kurz erwähnte dritte Fall stellt sich als eine Hernia daphragmatica spuria sinistra dar. Sie fand sich bei einer 25jährigen Frau, bei der sich ein apfelgroßes Magenstück durch ein rundes Loch im Zwerchfell geschoben hatte und nekrotisirt war.

Der vierte Fall betraf einen 50jährigen an Pneumonie verstorbenen Potator, bei dem sich als Zufälligkeitsbefund ein nahezu vollständiger Mangel der linken Zwerchfellshälfte vorfand. In der linken Thoraxhälfte liegt der Fundustheil des Magens, die Hälfte der Dünndarmschlingen, ein großer Theil des Colon transversum mit dem größten Theil des Netzes und die Milz. Die linke Lunge findet sich ganz hinaufgedrängt im oberen Theil der linken Pleurahöhle, ist auffallend klein, übrigens normal gebildet.

Die an die beigegebenen Tabellen sich anschließenden statistischen Tabellen sind im Original einzusehen.

Schottelius (Marburg).

404. Nothnagel. Zur chemischen Reizung der glatten Muskeln, zugleich als Beitrag zur Physiologie des Darmes.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. p. 1.)

Unter Anwendung aller nothwendigen Kautelen stellt Verf. Untersuchungen an über den Einfluss verschiedener Salze auf die glatte Muskulatur des Darmes und gelangt dabei zu höchst merkwürdigen Resultaten: Es zeigt sich nämlich, dass die Wirkung der Kalisalze sich wesentlich von derjenigen der Natronsalze unterscheidet, wenn man die Außenfläche des lebenden Darmes mit denselben berührt. Während das Kalisalz nur eine starke, ganz lokale Kontraktion der Muskulatur bewirkt, erstreckt sich die Wirkung des Natronsalzes über mehrere Centimeter außerhalb der Berührungsstelle und zwar ausnahmslos immer und nur in der Richtung nach aufwärts, nach dem Pylorus zu. Dabei kommt es sehr oft vor, dass die Natronkontraktion erst mehrere Millimeter oberhalb der Berührungsstelle beginnt, während diese selbst unverändert bleibt; ein Verhalten, welches bei den Kalisalzen niemals beobachtet wird. Die Wirkung tritt bei den Natronsalzen später ein als bei den Kalisalzen, ist im Allgemeinen nicht so intensiv als bei diesen und hält auch nicht so lange Zeit an. Dieselbe Reaktion auf die Darmmuskulatur wie die Natronsalze, nämlich eine aufsteigende Kontraktion haben nur noch die Ammoniumverbindungen zur Folge, während bei den zahlreichen sonst geprüften Salzen keine weiteren besonders charakteristischen Wirkungen beobachtet wurden. Die Frage, ob die beobachteten Kontraktionen als direkte Muskelreizung aufzufassen oder durch irgend welche nervösen Einflüsse vermittelt seien, beantwortet Verf. dahin, dass es sich bei den Kalisalzen allerdings um direkte Muskelreizung handeln dürfte, bei den Natronsalzen dagegen liegt die Sache anders. Hier zeigt sich nämlich, dass am lebenden Thier nach abgetrenntem Mesenterium die Reaktion der Darmmuskulatur allerdings in gewohnter Weise eintritt, an dem durch Nackenstich getödteten Thiere aber nur noch die Reaktion auf Kali, während Natron gar keine oder nur mehr indifferente Kontraktion hervorruft. Diese Thatsache zusammengehalten mit den übrigen auffallenden Erscheinungen nach Natronreiz muss zu dem Schlusse führen, dass die Natronwirkung nicht als ausschließliche Muskelreizung anzusehen sei, sondern durch Nerveneinfluss zu Stande komme. Eine Erklärung des auffallenden Phänomens der aufsteigenden Darmkontraktion nach Natronreiz weiß Verf. vor der Hand noch nicht zu geben. Die Versuche wurden an Kaninchen und Katzen vorgenommen.

Schottelius (Marburg).

---

405. W. Jaworski (Krakau). Methode zur quantitativen Bestimmung des flüssigen Mageninhaltes.

(Przegląd lekarski 1882. No. 34—36. [Polnisch.])

Mittels der Magenpumpe kann niemals der ganze flüssige Mageninhalt herausbefördert werden, auch bleibt dabei im Magen nicht

immer dieselbe Menge desselben zurück — Grund genug, sich nach einer genaueren Methode umzuschauen. Verf. geht vom folgenden Grundgedanken aus:

Wenn man die Magenflüssigkeit, die ein bekanntes Procent eines gelösten Körpers enthält, durch ein gegebenes Quantum destillirten Wassers verdünnt, so kann man auf Grund des Verdünnungsgrades die ursprüngliche Magenflüssigkeit quantitativ bestimmen.

Es sei:

x die gesuchte Quantität der Magenflüssigkeit, in Kubikcentimetern ausgedrückt,

y die gesammte Quantität eines in x gelösten Körpers, in Grammen,

p_1 die Quantität desselben Körpers in Procenten ausgedrückt, nachdem man dieselbe in einer gewissen Menge aspirirter Magenflüssigkeit bestimmt hat,

M die Quantität der in den Magen eingeführten Lösung, in Kubikcentimetern,

P die gesammte Quantität des in M gelösten Körpers, in Grammen,

p_2 die procentige Quantität desselben Körpers in $x + M$ (bestimmt nach einer abermaligen Aspiration);

alsdann $\dfrac{x : 100 = y : p_1}{y = \frac{p_1}{100} x}$, $\quad x + M : 100 = \begin{cases} y + P : p_2 \\ \frac{p_1}{100} x \end{cases}$

$$x + M : 100 = \frac{p_1}{100} x + P : p_2$$

also $x = \dfrac{100\, P - p_2 M}{p_2 - p_1}$. Diese Formel gilt dann, wenn wir das p_1 der Magenflüssigkeit kennen (z. B. *Cl*) und alsdann die Lösung M desselben Körpers in den Magen einführen.

Bequemer ist es, in den Magen ein solches Salz einzuführen, welches die Magenflüssigkeit nicht enthält, z. B. lösbare Sulphate, Phosphate, Eisensalze und dgl. und darauf die dadurch entstandene Verdünnung zu bestimmen;

$$\text{dann ist } x = 100 \frac{P}{p_2} - M.$$

Oder man kann in der aspirirten Magenflüssigkeit den Procentgehalt eines in ihr gelösten Körpers bestimmen und dann M destillirten Wassers in den Magen einführen, worauf man das p_2 bestimmt;

$$\text{dann ist } x = \frac{p_2 M}{p_1 - p_2}.$$

Zahlreiche Kontrollversuche ergaben, dass die auf diese Weise erhaltenen Resultate ziemlich genau sind. (Das Nähere siehe im Original.)

v. **Smoleński** (Ernsdorf im österr. Schles.)

406. R. v. Jaksch (Prag). Über Acetonurie.

(Zeitschrift für physiologische Chemie 1882. Bd. VI. Hft. 6.)

407. R. v. Jaksch. Über das Vorkommen von Acetessigsäure im Harn.

(Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft 1882. Jahrgang XV. Hft. 11.)

Das Aceton ist nach Ansicht des Verf. als ein konstantes und normales Produkt des Stoffwechsels anzusehen; es findet sich im normalen Menschenharn, dessgleichen auch im Kuh-, Hund- und Katzenharn, es kommt ferner vor in Transsudaten, Exsudaten und im Blute. Während es aber normalerweise nur in äußerst kleinen Mengen auftritt, in der Tagesmenge des Harns z. B. in unbestimmbar kleinen Mengen bis zu höchstens 0,01 g (physiologische Acetonurie), kann es unter pathologischen Verhältnissen vom Organismus in größerer Menge gebildet und ausgeschieden werden. Die pathologische Acetonurie kommt nicht nur bei Diabetes vor, wo von Kaulisch schon 1860 (Prager Vierteljahrsschrift für prakt. Heilkunde Bd. XVII p. 38) mit Sicherheit Aceton im Harn nachgewiesen wurde, sondern zunächst stets bei hohem kontinuirlichem Fieber: febrile Acetonurie; die Menge des Acetons, in der Regel mehrere Decigramme, geht ungefähr der Fieberhöhe parallel. Bei fieberlosen Affektionen hat Verf. Steigerung der Acetonausscheidung nur ausnahmsweise beobachtet bei einigen Fällen von Carcinom, Lyssa, Acetonämie, bei gewissen Fällen von Diabetes mellitus.

Die Gerhardt'sche Eisenchloridreaktion (Rothfärbung des Urins bei Zusatz von Eisenchlorid) rührt nicht von Aceton, sondern von Acetessigsäure her, die freilich in der Wärme resp. bei der Destillation sich leicht unter Bildung von Aceton zersetzt; andrerseits kommen aber in seltenen Fällen Acetessigsäure und Aceton im Harn zusammen vor (z. B. beobachtete es Verf. einige Male bei Diabetes, Masern, Scharlach, Pneumonie).

Zum qualitativen Nachweis des Acetons wurde die Liebensche Jodoformreaktion benutzt. Es wurde $^1/_4$—$^1/_2$ Liter Harn mit einer mäßigen Menge Salzsäure versetzt, im Destillationsapparate aufgekocht, und die ersten übergehenden Tropfen mit Natronlauge und Jodjodkaliumlösung geprüft: es bildet sich, bei Gegenwart von Aceton, eine Trübung von Jodoform, welches man 1) an seinem charakteristischen Geruch, 2) daran erkennt, dass es beim Kochen der Flüssigkeit sich mit den Wasserdämpfen verflüchtigt und an den kälteren Theil des Reagensglases krystallinisch absetzt. Sollten die Krystalle nicht recht charakteristisch sein (sechsseitige Blättchen oder sechsstrahlige Sterne), so schüttelt man den Niederschlag sammt Flüssigkeit mit Äther, der aber alkoholfrei sein muss, weil Alkohol ebenfalls die obige Jodoformreaktion giebt, hebt den Äther ab und lässt ihn verdunsten. Bei sehr starkem Acetongehalt giebt der Harn manchmal ohne vorherige Destillation die Jodoformreaktion.

Behufs quantitativer Bestimmung des Acetons wurde eine

photometrische Methode angewandt, welche auf folgendem Princip beruht:

»Es wird aus dem Harndestillator alles Aceton durch Zusatz von Natronlauge und Jodjodkalium ausgefällt, und die dabei entstehende Trübung der in einer Acetonlösung von bekanntem Gehalt erzeugten Trübung in gleich dicker Schicht durch Verdünnen der einen oder anderen Probe mit Wasser gleich gemacht.« Der Gehalt des Harns an Aceton wird dann nach der Formel $x = \frac{A \times V}{V^1}$ berechnet, in welches $x =$ die gesuchte Acetonmenge, $A =$ die Menge des Acetons der Vergleichsprobe, $V =$ das Gesammtvolumen der das Harndestillat enthaltenden Flüssigkeit, $V^1 =$ das Gesammtvolumen der Vergleichsprobe. (Genaueres über die Ausführung der Methode s. Original.)

Freudenberg (Berlin).

---

408. **Camman.** Bronchitis and interpleural plastic exudation. Bronchitis und interpleurale plastische Exsudation.

(The med. record 1882. Bd. XXII. No. 14.)

Die Differentialdiagnose der akuten und chronischen Bronchitis und der plastischen Exsudation zwischen die Pleurablätter ist nach C. nicht immer leicht, aber sowohl für die Therapie wie bezüglich der Folgezustände, zu denen besonders letztere Erkrankung Veranlassung giebt, sehr wichtig. Bei der Bronchitis können physikalische Erscheinungen seitens der Lungen vollständig fehlen; die Anamnese, der mehr oder weniger quälende Husten, der schleimige oder schleimig-eitrige Auswurf, geringe Temperaturerhöhung bei wenig verändertem Allgemeinbefinden sichern dann die Diagnose. In anderen Fällen besteht verschärftes und rauhes Athmen, besonders während der Inspiration und am besten hörbar an den Stellen, wo die Bronchien nahe an die Brustwandung herantreten, oder diese sehr dünn ist, wie in der Zwischenschulterblatt- und Infraclaviculargegend; der Perkussionsschall ist normal, Bronchi fehlen. In einer dritten Reihe von Fällen findet man auch letztere und gerade diese Fälle erheischen Vorsicht in der Diagnose, besonders bei der chronischen Form der Bronchitis, die nach C. fast immer mit exsudativer Pleuritis komplicirt ist. Er giebt die genauen Details der physikalischen Untersuchung von drei Fällen (s. das Original), und stellt dann die in differentiell diagnostischer Beziehung wichtigen Punkte zusammen. »Pfeifende und klingende Rasselgeräusche stammen aus den Bronchien. Rauhe Bronchi klingen, wenn sie bronchialen Ursprungs sind, aus einer gewissen Entfernung und ändern ihren Ort von Zeit zu Zeit, oder verschwinden nach starkem Husten. Der Perkussionsschall ist nicht verändert, der Stimmfremitus nicht verstärkt. Bei interpleuralen plastischen Exsudaten haben die Rasselgeräusche verschiedenen Charakter: krepitirend, subkrepitirend, rauh, reibend, etc. Feine Rasselgeräusche sind immer interpleural, rauhe dann, wenn sie dem Ohr nahe sind

und ihren Ort nicht ändern. Pleuritische Geräusche verschwinden, wenn die Adhäsionen übermäßig gedehnt werden, wenn ein frisches plastisches Exsudat die Pleurablätter verklebt und die Bewegung der Lunge aufhebt oder wenn das gesetzte Exsudat rasch resorbirt wird.« Ferner spricht nach C. für exsudative Pleuritis rauhes, unterbrochenes oder abgeschwächtes Athmen, verlängertes Exspirium, matter, pergamentähnlicher, hölzerner oder hoher Perkussionsschall, verstärkter Stimmfremitus.

Brockhaus (Godesberg).

---

409. **Stein.** Lecture on haematuria. Über Hämaturie.

(The med. record 1882. Bd. XXII. No. 13.)

St. unterscheidet 3 Formen der Hämaturie: 1) Hämoglobinurie, entstehend durch Übertritt von Blutfarbstoff in den Urin, 2) parenchymatöse Hämorrhagie, bei der die Kapillaren und 3) freie Hämorrhagie, bei der größere Gefäße Quelle der Blutung sind. In jedem Fall von Bluthamen hält er drei Fragen für wichtig: Handelt es sich wirklich um Hämaturie? Aus welchem Theile des Harnapparats kommt das Blut? Was verursacht die Blutung. Bezüglich der ersten Frage macht er darauf aufmerksam, dass nach dem Gebrauch von Rheum, Senna, Santonin, Liqu. Campechianum der Harn, besonders wenn er bei gleichzeitig bestehendem Blasenkatarrh alkalisch reagirt, eine Farbe annimmt, welche Blutgehalt vortäuschen kann. In solchen Fällen empfiehlt St. Ansäuerung des Harns, wodurch die blutige Färbung verschwinde, und wenn dies keine Sicherheit gebe, mikroskopische und spektroskopische Untersuchung. Um zu entscheiden, welche der drei obigen Formen des Bluthamens vorliegt, kann nach St. die mehr oder weniger dunkle Färbung des Urins dienen, indem dunkelbraune Farbe, entstanden durch Desoxydation des Oxyhämoglobins, für Hämoglobinurie oder parenchymatöse Hämorrhagie, hellrothe mehr für freie Blutung spricht. Schon wenige Tropfen Blutes verändern die Farbe des Urins in charakteristischer Weise.

Bei der Frage nach dem Ort der Blutung kommt nach St. in Betracht die Zeit, in welcher das Blut im Verhältnis zur Harnentleerung erscheint, die Farbe des Urins und die Menge des in ihm enthaltenen Blutes, das Auftreten von Coagulis und die Resultate gewisser instrumenteller Manipulationen. So lässt Blutausfluss aus der Urethra in den Zwischenräumen zwischen je zwei Urinentleerungen auf Blutung an einer Stelle der Harnröhre unterhalb des Musc. constrictor urethrae schließen, während bei Blutung im Sinus prostaticus einige Coagula am Anfang und helles Blut am Ende der Harnentleerung erscheint. Für eine Blutung am Blasenhals ist charakteristisch die deutlich blutige Beschaffenheit des zuletzt entleerten Urins.

Die differentielle Diagnose zwischen Nieren- und Blasenblutung ist oft schwer und müssen dabei alle subjektiven und objektiven

Symptome, die für die Erkrankung des einen oder anderen dieser Organe sprechen, berücksichtigt werden. Für Nierenblutung spricht nach St.: dunkelbraune Färbung des sauer reagirenden Urins (die Menge des Blutes ist meist gering, kann daher die Reaktion des Urins nicht verändern, und da es länger mit Letzterem in Kontakt bleibt, so tritt Desoxydation des Oxyhämoglobins ein). Alkalische Beschaffenheit des Urins bei hellrother Färbung und der Gegenwart unregelmäßig gestalteter, an den Rändern ausgefranster Coagula deutet auf Blasenblutung. Enthalten die Coagula unter dem Mikroskop erkennbare Abgüsse der Tubuli uriniferi oder haben sie fadenförmige Gestalt (wenn die Gerinnung in den Ureteren eintritt), so ist auf Nierenblutung zu schließen, falls die Bildung der Gerinnsel in der Harnröhre auszuschließen ist. Bei der Expulsion solcher Gerinnsel können Symptome und Schmerzen wie bei Nierensteinkolik entstehen. Um die Gestalt der Coagula genau beobachten zu können, empfiehlt St., dieselben in einem Gefäß mit Wasser sich entwickeln zu lassen. Wenn nach mehrmaliger Ausspülung der Blase die dazu verwendete Flüssigkeit immer wieder blutig abfließt, so ist die Quelle der Blutung in der Blase. Ist das abfließende Wasser dagegen klar und erscheint, wenn der Katheter ein paar Minuten liegen geblieben ist, wieder blutiger Urin in geringer Quantität, so kann man schließen, dass die Quelle der Hämorrhagie sich oberhalb der Blase befindet.

Des Weiteren bespricht St. die verschiedenen allgemeinen und örtlichen Erkrankungen, die zu Blutungen aus dem Harnapparat führen können (s. die Details im Original), erinnert an die für die Menstruation vikariirend eintretende Blasenblutung, stellt aus der Litteratur einige Fälle von schwerer, selbst tödlicher Blutung aus Varicen der Blase zusammen etc. und erörtert endlich die Hämaturie bei Gegenwart von Filaria sanguinis im Blute, welche er sich zu Stande gekommen denkt durch Verstopfung und Ruptur kleinster Blutgefäße und die paroxysmale Erkältungshämoglobinurie. Bezüglich der Behandlung empfiehlt St. vor Allem Ruhe, Ableitung auf Haut und Darm, lokale Applikation der Kälte, Bekämpfung der Blasenkrämpfe und Schmerzen durch große Dosen Opium und Veratr. virid.; kleine Gaben Opium wirken nach ihm eher verschlimmernd. Von dem innerlichen Gebrauch der Adstringentien hält er weniger als von lokaler Behandlung, Ausspülung der Blase etc., doch räth er zu großer Vorsicht bei den dazu nöthigen Manipulationen, besonders vor zu rascher Entleerung der stark ausgedehnten Harnblase, weil dadurch leicht passive Hyperämie der Schleimhautgefäße und erneute Blutung entstehen könne. Die Gegenwart von Blutcoagulis in der Blase erfordert nach St. an sich kein therapeutisches Eingreifen, erst wenn dadurch heftige Schmerzen, Harnverhaltung etc. verursacht werden, räth er, die Entfernung derselben durch Aspiration oder Ausspülung der Blase zu versuchen. In letzter Instanz kommt die Eröffnung der Blase von der Pars prostat. urethrae aus in Frage.

Brockhaus (Godesberg).

---

410. Lecoq. Étude sur les accidents apoplectiformes, qui peuvent compliquer le début, le cours, la fin de l'ataxie locomotrice.

(Revue de médecine 1882. Juni 10. No. 6. p. 492.)

L. giebt zunächst eine sehr sorgfältige Zusammenstellung der bisher über die bei Tabes dorsalis vorgekommenen apoplektiformen Zufälle veröffentlichten Thatsachen, so wie eine sehr ausführliche Kasuistik, die Verf. selbst durch 8 Fälle bereichert.

Apoplektiforme Zufälle können nach Analogie der allgemeinen Paralyse und der inselförmigen Sklerose im Beginn, im Verlauf, so wie gegen Ende der Tabes sich einstellen, ohne dass die Tabes durch Hysterie, Syphilis, Alkoholismus, allgemeine Paralyse etc. komplicirt zu sein braucht; sie können in ihren Erscheinungen von ganz leichten Schwindelanfällen, Betäubungen bis zu den schwersten Formen völliger Bewusstlosigkeit, an die sich eventuell Lähmungen von verschiedener Ausdehnung und Dauer anschließen, variiren, vielleicht selbst, wie ein mitgetheilter Fall (27) zu beweisen scheint, zum Tode im Coma führen, ohne dass selbst die Autopsie genügenden Aufschluss zu geben vermag. Sie treten entweder auf unabhängig von andern Zufällen der Tabes dorsalis (27 Fälle), oder im Gefolge von Crises laryngées, die man dann vielleicht als Veranlassung auffassen kann (5 Fälle), oder kombinirt mit lokalisirten oder allgemeinen tonischen oder klonischen Krämpfen (3 Fälle).

Die Behandlung der apoplektiformen Zufälle der Tabes muss, so weit sie nicht von Komplikationen (Syphilis!) abhängig sind, eine symptomatische sein; im Allgemeinen ist Hydrotherapie, faradischer oder konstanter Strom, Secale cornutum oder subkutane Ergotininjektion zu versuchen.

Freudenberg (Berlin).

---

411. Lyman. Dry cupping and rest considered as means of relief in a case of locomotor ataxia. Trockene Schröpfköpfe und Ruhe als Heilmittel in einem Fall von Tabes.

(The med. record. 1882. Bd. XXII. Hft. 14.)

Der Fall betrifft einen Mann von 38 Jahren, der stets gesund gewesen war und immer mäßig gelebt hatte. Den Beginn seines Leidens datirt er kurze Zeit nach dem Brande von Chicago (1871), bei welcher Gelegenheit er sich übermäßigen Anstrengungen unterworfen hatte. Die ersten Symptome waren blitzartige Schmerzen und Anfälle von schmerzhaftem Uriniren; als Grund der letzteren wurde eine krampfartige Striktur der Urethra angenommen und dieselbe ohne Erfolg mit Bougies etc. behandelt. Bis zum Jahre 1879 konnte Pat. seinem Geschäft vorstehen, dann traten ataktische Symptome, Anästhesien, Parasthesien, Analgesien in verschiedenen Regionen der Haut der Unterextremitäten, Verlust der Sehnenreflexe, Ungleichheit der Pupillen, Abnahme des Sehvermögens und der sexuellen Funk-

tionen, Incontinentia alvi etc. etc. ein und trotz Behandlung mit dem galvanischen Strom, so wie der inneren Darreichung von Arg. nitr., später von Jodkali, und Sublimat machte die Krankheit solche Fortschritte, dass Pat. zu jeder Beschäftigung unfähig wurde. L. verlor ihn dann aus den Augen und war erstaunt, ihn nach längerer Zeit bedeutend gebessert wieder zu finden. Die Schmerzen hatten bedeutend nachgelassen, der Gang war viel sicherer, die vorher in hohem Grade atrophischen Muskeln waren funktionsfähiger geworden, die Incontinentia alvi bestand nicht mehr, das Sehvermögen war besser, die vollständig aufgehobenen sexuellen Funktionen wiedergekehrt etc. Auf Befragen gab Pat an, dass er, dem Rath eines Nichtarztes folgend, sich zweimal des Tages den Junod'schen Schröpfstiefel und trockene Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule hatte appliciren lassen, und dass bei dieser Behandlung und im Übrigen vollständiger körperlicher Ruhe eine kontinuirliche Besserung eingetreten sei. L. glaubt, dass die methodische kräftige Ableitung, verbunden mit der körperlichen Ruhe ohne Zweifel von günstigem Einfluss auf die Erkrankung des Rückenmarks gewesen und dass diese Art der Behandlung der Tabes eben so berechtigt ist, wie die hydrotherapeutischen Proceduren, Massage etc. Er fordert daher zu weiteren Versuchen mit dieser Methode auf.

Brockhaus (Godesberg).

---

412. **G. v. Schleinitz.** Therapeutische Beiträge zur Kenntnis des Ol. Eucalypti globuli.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 34.)

Der Verf. hat das, nach der Methode vom Ref. von Säure befreite und möglichst ozonisirte Eukalyptusöl bei einer größeren Reihe innerer und äußerer Krankheitsformen versucht und theilt die dabei erzielten positiven und negativen Resultate mit.

Was die äußere Applikation des Öles anbetrifft, so berichtet Verf. über sieben Fälle von Wundbehandlung, bei denen er gute Erfolge sah. Dieselben betrafen drei Abscesse verschiedener Herkunft, zwei Verbrennungen zweiten Grades, ein Ulcus cruris chronicum und eine Cystengeschwulst. In der Mehrzahl der Fälle wurden nach vorhergegangenem chirurgischem Eingriff die Wunden mit 1—2 %iger Eukalyptusöllösung (Ol. Eucalypti 2—4, Aq. destill. 200, Alkohol 15—30) ausgespritzt und mit 5 %iger Eukalyptusgaze verbunden. Bei dem Ulcus cruris wurde schließlich das reine Öl applicirt.

Dagegen sah Verf. keine Erfolge bei 9 Fällen von Erkrankung der Haut: Ekzema, Prurigo, Psoriasis, Impetigo, Condylomata acuminata und Ulcus syphiliticum. Eben so wenig zeigte das Öl sich wirksam bei katarrhalischen Affektionen der Vagina und Exkoriationen des Orificium externum. Verf. hatte hierbei Gelegenheit, die schon vom Ref. angeführte Beobachtung wiederholen zu können, dass das Öl reizend einwirkt, da, wo es nicht frei abdunsten kann. Dagegen erwies sich das Öl wohlthätig bei einem Fall von Carcinom der Va-

ginalportion, wo nach jeder Applikation das Speculum etwa eine halbe Stunde lang liegen gelassen wurde. Es schien dabei, als ob das erkrankte Gewebe unter dem Einfluss des Öles korrodirt würde und rascher zerfalle. Von übelem Geruch wurde nichts wahrgenommen.

Bei der internen Verwendung sah Verf. keinen Erfolg bei einem Fall von Cholelithiasis, eben so blieb das Öl unwirksam bei chronischem Darmkatarrh, Sommerdiarrhoe und Dysenterie. Bei Typhoid war das Mittel wohl von Erfolg, doch war dasselbe nicht energisch genug, um dasselbe weiter in ähnlichen Fällen anzuwenden.

Sehr günstige Resultate lieferte endlich das Ol. Eucalypti wieder da, wo es sich um Affektionen der Bronchialschleimhaut handelte. Verf. berichtet über 14 Fälle von Bronchialkatarrhen, die entweder tuberkulose Lungenerkrankung begleiteten, oder einfacher Art waren, oder endlich mit Asthma verbunden waren. Das Öl wurde inhalirt und zwar mit besonders günstigem Erfolge mit Hilfe des Hausmann'schen Respirators. Der Hustenreiz verlor sich unter der angegebenen Medikation, die Kranken bekamen ruhige Nächte und das Bronchialsekret selbst wurde in seiner Quantität sowohl als auch da, wo es Neigung zu Zersetzung vorher gezeigt hatte, in seiner Qualität wesentlich zum Besseren verändert.

Verf. betont schließlich noch den Vorzug, den das Eukalyptusöl, wenn in der richtigen Form angewandt, vor dem Terpentinöl besitzt: dass es weder den Magen noch auch die Nieren belästigt.

Hugo Schulz (Bonn).

---

413. **Th. Schott** (Bad Nauheim). Zur Behandlung des Schreibe- und Klavierkrampfes.

(Deutsche Medicinalzeitung 1882. No. 9.)

Sch. veröffentlicht ein Verfahren zur Heilung von Beschäftigungsneurosen, welches von seinem Bruder und ihm erfunden, fälschlicherweise von einem Schreiblehrer Wolff in Franfurt a/M. als das seinige bezeichnet wird. Da alle Hilfsmittel, mit denen sich die Pat. ausrüsten, als dicke und leichte Federhalter, Befestigung derselben an den Fingern u. s. f. bald ihren Dienst versagen und auch die Anwendung der Elektricität, welche in vielen Fällen Heilung oder wenigstens Besserung erzielt, nicht immer von Erfolg ist, so versuchte Verf. eine kombinirte Anwendung von Gymnastik und Massage und zwar mit vielem Glück. Die Pat. müssen 20—45 Minuten lang Abduktions-, Adduktions-, Flexions- und Extensionsbewegungen der Finger und Arme und zwar jede Übung 6—12mal machen, dann dieselben Übungen eben so lange wiederholen, während der Arzt einen gleimäßigen Gegendruck ausübt. Dieses Turnen soll 2—3mal, je nach der Schwere des Leidens ausgeübt werden. Verbunden wird damit eine Nerven- und Muskelmassage (Streichen der Nerven, Reiben der Muskeln auf dem unterliegenden Knochen), welche stets centripetal und mit ängstlicher Vermeidung jeglicher Quetschung 1mal

pro die geschehen soll. Stellt sich nach 2—3 Wochen Besserung ein, so darf man nicht mit der Behandlung aufhören, sondern muss sie noch 3—4 Wochen fortsetzen; auch nach Beendigung der Kur ist es zum Schutz vor Recidiven anzurathen, dass der Pat. noch Wochen lang mit Turnen fortfährt und lokale Kaltwasserduschen gebraucht.

Karewski (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

414. **Tauber.** Veränderungen des Darmkanals in einem Fall von lange bestandenem Anus praeternaturalis.

(Virchow's Archiv 1882. Bd. LXXXIX. p. 537.)

Bei bestehendem Anus praeternaturalis tritt Verf. für möglichst frühzeitige Darmresektion ein, da später in dem abwärts liegenden Darmstück atrophische und andere Veränderungen vor sich gehen, welche die Prognose nach Darmresektion bei lange bestehendem Anus praeternaturalis wesentlich ungünstiger gestalten. Dieser Umstand führte auch in dem von T. mitgetheilten Falle den tödlichen Ausgang herbei. Es handelte sich um einen äußerst heruntergekommenen 48jährigen Mann, welcher in Folge einer misslungenen Bruchoperation in der rechten Inguinalgegend einen Anus praeternaturalis acquirirt hatte. Nach 165tägigem Bestehen dieses Zustandes lagen in Form einer faustgroßen, Koth ausscheidenden, oberflächlich geschwürigen (Geschwulst) die beiden Darmenden zu Tage. Der zunehmende Marasmus des Kranken indicirte die Darmresektion. Nachdem vom abführenden Darmstück 25 cm, vom zuführenden 7 cm resecirt waren, wurde der Darm durch Schleimhautnaht und Etagennaht nach Czerny vereinigt. Der Pat. kollabirte am dritten Tage und starb. Die Sektion zeigte peritonitisches, eitriges Exsudat völlig frei von Kothbeimengung, die Wundränder überall gut verklebt. In dem hochgradig atrophischen, durchscheinend dünnen Dickdarm steinharte Kothballen. Die Naht war etwa 10 cm oberhalb der Valvul. Bauhin. angelegt, der anschließende Theil des Dünndarm ektatisch, vielfach divertikelartig ausgebuchtet und mit septenartigen Querleisten durchzogen. Einerseits durch diese scheidewandartigen Vorsprünge im Dünndarm, so wie durch die Atrophie und Koprostase im Dickdarm wurde die Passage durch den neuverbundenen Darmkanal unmöglich gemacht. Da sich aber beide Veränderungen voraussichtlich erst nach Acquisition des Anus praeternaturalis entwickelt haben werden, so empfiehlt sich für ähnliche Fälle ein möglichst frühzeitiges operatives Eingreifen. **Schottelius** (Marburg).

415. **Duguet.** Embolie pulmonaire comme cause de mort rapide et imprévue dans la phthisie pulmonaire. Lungenembolie als Ursache schnellen und unerwarteten Todes bei Lungenphthise.

(L'union méd. 1882. No. 128 u. 130.)

Ein 32jähriger Mann zeigte bei seiner Aufnahme ins Hospital die Erscheinungen vorgeschrittener Lungenphthise: die ganze rechte Lunge und der obere Lappen der linken infiltrirt und mit Kavernen durchsetzt; im unteren linken Lappen leichte katarrhalische Erscheinungen, Ödeme und Schmerzen in den Extremitäten waren nicht vorhanden. Am Abend des 12. Tages, an welchem der Zustand des Pat. keinerlei Veränderungen gezeigt hatte, ging derselbe auf den nahe beim Krankensaal gelegenen Abort, wo er nach einer halben Stunde todt aufgefunden wurde. Bei der Autopsie fand sich der zu dem noch allein funktionsfähigen linken

unteren Lungenlappen führende Zweig der Art. pulmon. durch weißliche, feste Gerinnsel vollständig ausgefüllt. Es ließen sich vier Coagula unterscheiden: zunächst dem Herzen ein kleineres, herzförmiges, dann ein 7 cm langes, das auf der ersten Theilungsstelle des Arterienzweiges ritt und in den einen Ast 3 cm, in den anderen 4 cm bis zur zweiten Theilung desselben hineinragte. Vor diesem letzteren fanden sich in den Ästen zweiter Ordnung zwei kleinere Gerinnsel. Die Arterienwandung war überall intakt und adhärirte nicht mit den Gerinnseln. Da es sich also nicht um an Ort und Stelle entstandene Thromben handeln konnte, wurde nach dem Entstehungsort der Gerinnsel recherchirt. In der linken Cruralvene zwischen dem Abgang des tiefen Astes und der Schenkelbeuge fanden sich in den durch die Klappen gebildeten Taschen drei ältere Gerinnsel, zwei kleinere herzförmige und ein 4 cm langes, am freien Ende wie abgerissenes. Letzteres adhärirte fest mit der an dieser Stelle rauhen Venenwand. Das Lumen der Vene war nur zum kleinen Theil durch die Gerinnsel ausgefüllt. In den übrigen größeren Venen des Körpers fand sich keine Gerinnselbildung.

Nach D. unterliegt es keinem Zweifel, dass die Embolie in der Art. pulmon. aus der Vena cruralis stamme und dass speciell der Hustenembolus ein abgerissenes Stück von dem großen in letzterer gefundenen Gerinnsel darstellt.

Er ist der Ansicht, dass in den meisten Fällen, wo bei plötzlichem Tod im Verlauf der Lungenschwindsucht die Autopsie Verstopfung eines größeren Astes der Art. pulmon. durch Gerinnsel ergiebt, letztere nicht durch marantische Thrombose an Ort und Stelle entstanden sind, sondern dass es sich dabei meist um Embolie aus einer anderen Region des Venensystems handelt. Er schließt, dass kachektische Tuberkulöse an gewissen Punkten des Venensystems, besonders an der Cruralis, Gerinnselbildung (marastische Thrombosen) zeigen können, ohne dass die für einen derartigen Process charakteristischen Symptome: Ödeme und Schmerzen, auftreten, und dass man daher, selbst wenn letztere während des Lebens vollständig gefehlt haben, in Fällen, wo die Autopsie als Ursache des plötzlichen Todes die Verstopfung eines oder mehrere Äste der Art. pulm. durch Gerinnsel ergiebt, im ganzen peripherischen Venensystem nach dem Ursprung derselben suchen muss.

Brockhaus (Godesberg).

416. **Kochelt** (Meran). Carcinoma cardiae, Gastrotomie.

(Wiener med. Presse 1882. No. 35.)

Nach Aufzählung aller bisher bekannten Fälle von Gastrotomie bringt Verf. die Beschreibung eines eigenen Falles, bei dem es sich um einen 70jährigen Mann handelte, der seit 1½ Jahren über zunehmende Beschwerden beim Schlingen klagte, so dass die Speisezufuhr allmählich sich aufs Äußerste beschränkte und Pat. trotz ernährender Klysmate sehr elend wurde. Nachdem der Kranke etwa 11 Tage lang keine Nahrung per os mehr zu sich genommen hatte und in einem hohen Grade der Entkräftung sich befand, gaben die Angehörigen die Erlaubnis zur Gastrotomie.

Es wurde ein Einschnitt von 5 cm Länge parallel dem linken Rippenbogen durch die Haut und schließlich Peritoneum gemacht, der stark geschrumpfte Magen hervorgezogen, mit zwei Fadenschlingen an der Hautwunde befestigt und in gleicher Richtung mit der Hautwunde incidirt. Die Magenwunde wurde sorgfältig in die Bauchwunde eingenäht.

Es wurde nun Milch durch die Öffnung eingegossen, Pat. erholte sich etwas, starb aber doch nach drei Tagen an den Folgen der Inanition; Peritonitis war nicht eingetreten. **Seifert** (Würzburg).

417. **Cadet de Gassicourt.** Affection congénitale du coeur. Angeborener Herzfehler.

(L'union méd. 1882. No. 137 u. 138.)

Der Fall betrifft einen 12jährigen, in seiner Entwicklung zurückgebliebenen Knaben, dessen Eltern beide, besonders die Mutter, an Herzkrankheiten litten.

Derselbe war bei der Geburt hochgradig cyanotisch gewesen, und hatte in körperlicher und geistiger Beziehung nur sehr langsame Fortschritte gemacht. Als Verf. ihn zuerst sah, bestand Cyanose mittleren Grades im Gesicht, an den Lippen und Extremitäten, welche bei Aufregung, Schreien etc. intensiver wurde. Der ganze Körper sehr abgemagert; Hervorwölbung der Herzgegend und Vergrößerung der Herzdämpfung nicht vorhanden, auch kein Fremissement cataire. Der energische Herzstoß war im 4. Intercostalraum, $\frac{1}{2}$ cm' nach innen von der Brustwarze fühlbar. Bei der Auskultation hörte man ein lautes systolisches Geräusch, am stärksten im 2. Intercostalraum links, am Vereinigungswinkel der 3. Rippe mit dem Sternum. Nach oben wurde dasselbe schwächer, war aber an der Clavicula noch hörbar, nach rechts konnte man es $1\frac{1}{2}$ cm über das Sternum hinaus verfolgen. An der Herzspitze hörte man ein zweites schwächeres systolisches Geräusch, das sich nach rechts zu verbreitete, nach links zu plötzlich verschwand. C. stellte die Diagnose auf angeborene Verengerung der Art. pulmon. und des Ost. venosum dextr. Da eine Hypertrophie des rechten Ventrikels nicht bestand, so schloss C. auf eine abnorme Kommunikation desselben mit dem linken Ventrikel. Der Allgemeinzustand des Kindes, der häufige trockene Husten, die Nachtschweiße, die Diarrhoen ließen das gleichzeitige Bestehen von Tuberkulose annehmen, obwohl keine prägnanten Symptome von Seiten der Lunge bestanden. Der Tod erfolgte nach zwei Monaten im Zustand äußerster Entkräftung.

Die Autopsie ergab allgemeine Tuberkulose der Lungen, des Peritoneums, des Darms, der Milz und Leber; da die Tuberkelablagerungen in den Lungen überall von lufthaltigem Gewebe umgeben waren, wurden die negativen Resultate der physikalischen Untersuchung intra vitam erklärlich. Am Herzen fand sich Verengerung der Art. pulmon. und des Ostium venosum dextr.; die Valv. semilunares stark verdickt, unegal nnd stellenweise knorpelhart, die Valv. tricuspidales rosenroth, gefranzt, verhärtet. Im oberen Theil des Septum ventriculosum, dicht unterhalb der Abgangsstelle der Arterienstämme fand sich eine Kommunikationsöffnung, im linken Ventrikel von dreieckiger Form (Basis 9 mm, Höhe 7 mm), im rechten mehr rundlich. Die Ränder dieser Öffnung waren ganz glatt, ohne sicht- und fühlbare Veränderungen. Der Ductus Botalli war geschlossen.

Die mikroskopische Untersuchung, welche an den in Alkohol erhärteten Präparaten angestellt wurde, ergab für die rechtsseitigen Klappen vollkommene Integrität und Fehlen von entzündlichen Wucherungen; das Endocard des rechten Ventrikels war stellenweise etwas verdickt, eben so die Bindegewebsbündel des Myocards. Das Endocard des linken Ventrikels normal. Im Niveau der Kommunikationsöffnung zwischen beiden Ventrikeln ist das Endocard sklerotisch und es finden sich Zeichen einer Entzündung der subendothelialen Schicht. In der Art. pulmon. keine entzündlichen Veränderungen. Aus der Geringfügigkeit des mikroskopischen Befundes schließt C., dass es sich im vorliegenden Fall nicht um endocarditische Processe während des intra-uterinen Lebens, sondern um eine Hemmungsbildung handelt. Die Ansicht von Chevers, dass die Cyanose bei angeborenen Herzfehlern nicht von letzteren, resp. der abnormen Kommunikation zwischen den Ventrikeln oder den Vorhöfen, sondern von einer, durch die Cirkulationsstörungen verursachten Dilatation des Kapillargefäßsystems abhängig sei, kann er nicht bestätigen, da diese Dilatation der Kapillaren im vorliegenden Fall nicht nachzuweisen war.

Brockhaus (Godesberg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel**, Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 30. **Sonnabend, den 11. November.** **1882.**

418. **Lesshaft.** Über die Lage des Magens und über die Beziehungen seiner Form und seiner Funktion.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVII. p. 69.)

Im Anschluss an seinen in der anatomischen Sektion des internationalen Kongresses zu London gehaltenen Vortrag, in welchem er sich auch gegen eine von His gelieferte Abbildung der Lage des Magens wandte (vgl. auch: Virchow's Archiv Bd. LXXXVI Lesshaft's Berichtigung und His' Erwiederung), veröffentlicht Verf. neuerdings Untersuchungen über die Lage des Magens. Er kommt zu dem Resultat: dass ein mäßig umfangreicher Magen, in einer möglichst frischen Leiche untersucht, so gelagert ist, dass »die Cardia dem Orte der Vereinigung der Knorpel der 6. und 7. Rippe der linken Seite mit dem Rande des Brustbeins und der linken Seite der Zwischenwirbelscheibe des 9. und 10. Brustwirbels entspricht«. In der Mittellinie des Körpers findet sich die untere Grenze des Magens am

häufigsten in der Mitte des mittleren Drittels des Abstandes zwischen der Basis des Schwertfortsatzes und dem Nabel. Die untere Grenze des Magenausgangs befindet sich — auch nach Luschka — in der Richtung einer Linie, welche genau in der Mitte zwischen Linea sternalis und parasternalis verläuft. Die Verbindungen des Magens mit den angrenzenden Theilen sind derart, dass »je höher und näher zur Cardia oder zum Pylorus, um so unbeweglicher der Magen wird«.

Die Bewegung des Mageninhalts findet zunächst längs der Wandung zum Pylorus und dann rückwärts in der Mittellinie zum Fundus hin Statt und wird durch Muskelbündel bedingt, welche längs, ringförmig und submucös vom Ösophagus her schief verlaufen.

Vor Allem wendet sich L. gegen die Anschauung, dass der Magen in der Art seine Lage ändern könne, dass z. B. bei gewissen Füllungszuständen die große Curvatur nach vorn gerichtet sei; er glaubt annehmen zu müssen, dass der Magen überall die Lage irgend eines seiner Theile nicht ändern könne, sondern sich nur gleichmäßig je nach der Füllung ausdehne.

Schottelius (Marburg).

---

419. Hippolyte Martin. Contribution expérimentale à l'étude des rapports qui paraissent exister entre la tuberculose et la scrofulose. Experimentelles über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Skrofulose.

(Revue de médecine 1882. No. 4.)

Verf. stellte folgende Versuchsreihen an:

1) Von einem exquisit skrofulösen 4jährigen Kinde (Schwellung der Halslymphdrüsen, Hautausschläge, Ophthalmie etc.), welches an Bronchopneumonie gestorben war, und bei dem die Sektion nichts von Tuberkulose nachwies, wurde etwas von dem Eiter, der sich in einer der Halslymphdrüsen befand, in die Bauchhöhle eines Meerschweinchens gebracht. Das Thier starb an genereller Tuberkulose. Die Überimpfung käsiger Masse von diesem Thier auf ein zweites, von dem zweiten Thier auf ein drittes ergab bei beiden dasselbe Resultat: typische generelle Tuberkulose.

2) Von dem verdickten Bindegewebe eines cariösen Fingers, der einem 13jährigen, sonst völlig gesunden Mädchen amputirt worden war, wurde ein Theil mikroskopisch untersucht und als völlig frei von Riesenzellen und Tuberkeln konstatirt; ein andrer Theil wurde einem Meerschweinchen in die Peritonealhöhle gebracht. Dieses Thier sowohl, wie ein zweites und drittes, welche, wie in der vorigen Versuchsreihe, successiv geimpft wurden, gingen an allgemeiner Tuberkulose zu Grunde.

3) Dagegen riefen andere nicht von skrofulösen oder tuberkulösen Individuen herrührende Stoffe keine Tuberkulose hervor. Verf. stellte eine große Anzahl von Versuchen, von denen er 15 ausführlicher mittheilt, in der Weise an, dass er unter streng antiseptischen

Kautelen, die er übrigens in seinen sämmtlichen Versuchen angewendet haben will, die verschiedensten Stoffe (Kantharidenpulver, Carcinomtheile, Sarkomeiter, Apfel-, Birnenstücke, Glas u. A. m.) Thieren in die Bauchhöhle einverleibte: sämmtliche Thiere (Meerschweinchen, Kaninchen, Hunde) blieben frei von Tuberkulose; die Sektion ergab den bisweilen schon fast ganz resorbirten Fremdkörper frei oder abgekapselt in der Bauchhöhle, fast stets fanden sich bloß lokale Läsionen, niemals Tuberkulose.

4) In einer 4. Versuchsreihe zeigt Verf., wie die Exemplare einer und derselben Thierspecies sich verschieden empfänglich gegen das tuberkulöse Virus verhalten. Etwas käsige Drüsenmasse eines Phthisikers wurde einem Meerschweinchen einverleibt. Es starb nach 12 Tagen an genereller Tuberkulose. Ein zweites mit Käsemasse des ersten inficirtes Thier wurde ebenfalls tuberkulös und starb nach 9 Tagen. Ein drittes, von dem zweiten Thiere aus inoculirtes Meerschweinchen dagegen nahm zwar in den ersten 11 Tagen bedeutend an Gewicht ab, so dass es für sterbend gehalten wurde, dann aber erholte es sich wieder und wurde ganz gesund. Dies dritte Thier überstand also siegreich den Kampf gegen das tuberkulöse Virus; Verf. will bezüglich des Werthes einer derartigen Vaccination weitere Versuche anstellen.

Aus den mitgetheilten Versuchen schließt er:

1) Der Tuberkel entsteht immer nur durch Tuberkelgift, alle anderen einem Thiere einverleibten Fremdkörper erzeugen höchstens eine sog. Pseudotuberkulose.

2) Die echte Skrofulose — d. h. was man heute unter diesem Begriff versteht — gehört entweder mit allen ihren Symptomen oder nur mit einem Theil derselben in den Rahmen der Tuberkulose. Im letzteren Falle müsste man die anderen, nicht tuberkulösen Symptome als den Ausdruck einer lymphatischen Konstitution ansehen. Nur das Experiment (Serienimpfungen) wird die Entscheidung liefern.

Lüderitz (Berlin).

---

420. **Ch. Féré.** Contribution à l'étude des affections aigues du coeur chez les vieillards. Über die akuten Herzkrankheiten der Greise.

(**Revue de médecine 1882. No. 3.**)

Die akuten Herzaffektionen sind bei Greisen sehr selten. So häufig hier die Pneumonie ist, so sieht man Peri- und Endokarditis doch nur extrem selten sich mit ihr kompliciren. Die anderen akutfieberhaften Krankheiten, die zu komplicirenden Erkrankungen des Endo- und Perikards führen können, sind bei Greisen überhaupt nicht häufig, äußerst selten ist zumal der akute Gelenkrheumatismus. Verf. theilt 5 Fälle der letzteren Krankheit mit. Zwei derselben endeten in Genesung, vom 3. ist der Ausgang nicht mitgetheilt, im 4. und 5. erfolgte unter Decubitus und hochgradiger Prostration der Exitus.

30*

Die serösen Häute waren nur in einem Fall (5) ergriffen, hier ergab die Autopsie außer der Gelenkaffektion fibrinöse Perikarditis.

Weiterhin theilt Verf. einen Fall mit, in welchem bei einer 81jährigen Frau, die am 11. Tage einer krupösen Pneumonie des linken Unterlappens erlegen war, die Sektion neben der Infiltration der Lunge eine frische fibrinöse Perikarditis ergab.

Relativ häufig sollen akute Herzaffektionen der Greise sich bei gleichzeitiger Nierenaffektion entwickeln, was Verf. durch Mittheilung von 6 Krankengeschichten zu erweisen versucht. Bei der Sektion fand sich am Cor in dem einen Falle akute fibrinöse Perikarditis, in den 5 andern frische verrucöse Endokarditis der Mitral- oder Aortenklappen. Die gleichzeitig vorgefundene Nierenaffektion bestand 3mal in Pyelonephritis, 1mal in Hydronephrose, 2mal allerdings bloß in stark ausgeprägten senilen Veränderungen der Nieren (Atrophie, Cysten). Einzelheiten der im Übrigen sehr differenten Fälle siehe im Original. Verf. vermuthet, dass diese Nierenaffektionen in ursächlichem Zusammenhang zur Herzerkrankung stehen.

Lüderitz (Berlin).

---

421. **Chvostek** (Wien). Interstitielle Leberentzündung. Hepatitis fibrosa. Cirrhose der Leber.

Wien, **Prätorius'** Verlag, 1882.

Während Virchow, Bamberger, Liebermeister etc., sich gegen die Einreihung der in ätiologischer, anatomischer und klinischer Beziehung von der gewöhnlichen Lebercirrhose abweichenden Bindegewebswucherungen in der Leber in das Gebiet der Lebercirrhose, so wie gegen die Auffassung derselben als besondere Formen der letzteren Erkrankung aussprachen, haben in neuester Zeit Franzosen und auch Engländer das Gegentheil aufgestellt. Nur die syphilitische Hepatitis wird allgemein von der Lebercirrhose getrennt. Zumeist werden heutigen Tages folgende Formen unterschieden.

I. Die gewöhnliche oder Laennec'sche Cirrhose, granulirte Induration oder Granularatrophie der Leber. Granulirte Leber. Annuläre oder multilobuläre Cirrhose (Charcot und Gombault).

a) Geschichtliches.

Den Alten war bereits bekannt, dass die Verhärtung der Leber als Ausgang einer Entzündung resultire; es wurden jedoch verschiedene Lebererkrankungen unter diesem Namen zusammengeworfen. Areteus, Vesul, Tulpius, Morgagni theilen Beispiele mit; Morgagni machte bereits darauf aufmerksam, wie die feineren Blutgefäße der Leber komprimirt werden und was daraus folgt. Laennec bezeichnete die Krankheit als Cirrhose, hielt jedoch die Granulationen für Neubildungen; Bouillard hielt die Granulationen für secernirende Lebersubstanz, welche in Folge der Erkrankung der Bindesubstanz deutlicher hervortrete und allmählich desorganisire. Erst Kiernan, Carswell und Hallmann stellten fest, dass die Leber-

cirrhose beruhe auf einer Wucherung und Induration des interlobulären Bindegewebes; letzterer zeigte außerdem die dabei vorkommende Degeneration der Leberzellen. Jetzt wird allgemein die chronische Entzündung des interstitiellen Bindegewebes als Ursache der Cirrhose angenommen.

b) Pathogenese und Ätiologie.

Der Process beruht auf einer ziemlich gleichmäßig verbreiteten entzündlichen Wucherung mit nachfolgender narbiger Schrumpfung des interlobulären Bindegewebes; das Leberparenchym wird komprimirt und geht theilweise zu Grunde; eben so werden die Gefäße und Gallengänge mehr oder weniger komprimirt. Die Bindegewebswucherung findet nicht in jedem Interstitium statt, sondern sie lässt kleinere oder größere Gruppen von Leberläppchen frei. Charcot, Gombault, Rindfleisch lassen die Bindegewebswucherung nicht von den Interlobularvenen ausgehen, sondern von den nächst größeren Pfortaderzweigen resp. um dieselben ihren Sitz haben; nach Brieger findet neben der Wucherung der Glisson'schen Scheide auch eine Bindegewebsentwicklung an der Vena hepatica statt.

Unter den ätiologischen Momenten ist das wichtigste der Missbrauch des Alkohol, namentlich Genuss des Branntweins, weniger des Weines und Bieres; nach Frerichs ist die Lebercirrhose in den Seestädten Norddeutschlands und Englands, wo sehr viel stärkere Spirituosen getrunken werden, häufiger als im Binnenlande. Der habituelle Gebrauch selbst mäßiger Quantitäten stark alkoholischer Getränke wirkt bei Weitem schädlicher als der nur zeitweise Gebrauch großer Mengen. Budd glaubt, dass auch andere, scharf reizende Ingesta (scharfe Gewürze), habituell im Übermaße gebraucht, Lebercirrhose erzeugen können.

c) Pathologische Anatomie.

Man unterscheidet gewöhnlieh zwei Stadien der Krankheit: Im ersten Stadium ist die Leber durch Wucherung des interstitiellen Bindegewebes vergrößert, bisweilen sogar beträchtlich; selten in dem linken Lappen mehr wie im rechten; die Konsistenz ist vermehrt, die Oberfläche meistens eben, die Ränder stumpf. Im zweiten Stadium ist die Leber durch Schrumpfung des Bindegewebes und konsekutive Atrophie des Leberparenchyms verkleinert, nicht selten auf die Hälfte der normalen Größe, ja selbst auf ein Viertel. Die Leberoberfläche erscheint höckrig, darunter Höcker bis zur Größe einer Walnuss, die anatomischen Verhältnisse sind bekannt. In 3 Fällen sah Ch. die Pfortader thrombosirt.

d) Allgemeines Krankheitsbild.

e) Symptome.

Die physikalischen Verhältnisse der Leber wird man selten im ersten Stadium der Erkrankung verwerthen können. Man findet um die Zeit die Leber beträchtlich vergrößert, in einem Falle von Liebermeister sogar bis über die Mitte zwischen Nabel und Symphyse; Ch. fand einen Fall, wo die Leber bis zwei Querfinger breit unter-

halb der horizontalen Nabellinie reichte. Bisweilen gelingt es im ersten Stadium nicht die Vergrößerung nachzuweisen, in Folge von Meteorismus oder Ascites, welche die Leber nach aufwärts drängen.

Die langsam, aber stetig fortschreitende Verkleinerung der Leber ist nach Bamberger das wichtigste, ja pathognomonische Symptom; nur in sehr seltenen Fällen bei Verschließung der Gallenwege kommt dies noch vor; nach Ch. jedoch auch bei der chronischen Atrophie der Leber.

Den sichersten Aufschluss über die Verhältnisse der Leber erhält man unmittelbar nach der Paracentese des Abdomen. Schmerzen und Schmerzhaftigkeit der Lebergegend bestehen gewöhnlich nur im Anfang; späterhin nur, wenn eine Exacerbation der Perihepatitis stattfindet.

In Folge der Rückstauung des Blutes kommt es gewöhnlich zur Milzschwellung; es gesellen sich außerdem hinzu Ascites, Hydrops der unteren Extremitäten etc. Diarrhoe tritt gegen das letale Ende zu nicht selten auf, häufiger beruhend auf einem akuten Katarrh, als einer serösen Transsudation. Bisweilen wird die Stauung in den Gefäßen der Magen- und Darmschleimhaut so bedeutend, dass sie bersten, so dass es bis zum Bluterbrechen kommen kann; in einzelnen Fällen fanden tödliche Blutungen statt durch Berstung von Varicen der Venen des unteren Theiles des Ösophagus.

Die Ausbildung der Kollateralbahnen ist bekannt.

Ikterus kommt in der Mehrzahl der Fälle vor, in der Regel nur geringgradig. Fieber kommt nicht vor.

Die Harnmenge ist vermindert, stark ziegelmehlartig sedimentirt, relativ ärmer an Harnstoff und Chloriden. Das Nervensystem bietet meistens keine besonderen Erscheinungen dar; bisweilen das Bild der Cholämie.

f) Komplikationen.

Sie entspringen meistens derselben Ursache wie die Cirrhose, theils sind es Folgezustände der Cirrhose (sekundäre Peritonitis, Pleuritis, Perikarditis, Dysenterie), theils sind sie ganz unabhängig (Tuberkulose, Carcinom). Eine nicht seltene Komplikation ist der chronische Morbus Brightii; Cholelithiasis ist sehr selten.

g) Diagnose.

Sie lässt sich nach dem Gesagten stellen; im zweiten Stadium kann Verwechselung vorkommen mit Pylephlebitis adhaesiva, Kompression der Pfortader durch Tumoren, einer Form der Perihepatitis, den seltenen Fällen der einfachen Atrophie und einigen anderen Formen. Doch schützt in den meisten Fällen das ätiologische Moment.

h) Dauer.

In der Regel vergehen mehrere Monate bis 3 Jahre. Bamberger rechnet als mittlere Dauer 11 Monate; die längste Dauer betrug 3 Jahre, die kürzeste 7 Wochen.

i) Ausgang.

Im ersten Stadium ist Hoffnung vorhanden, im zweiten Stadium folgt ausnahmslos der Tod.

k) Therapie.

Im ersten Stadium kommen die Kranken selten in die ärztliche Behandlung. Hat man den Verdacht auf beginnende Cirrhose gefasst, so muss man den Genuss alkoholischer Getränke, der Gewürze und starken Kaffees untersagen und verfahren nach den Grundsätzen, wie sie bei der Hyperämie der Leber gelten.

Im zweiten Stadium lässt sich wohl nichts mehr erwarten, weil man schrumpfendes Bindegewebe an der Zusammenziehung nicht hindern und geschrumpftes nicht zur Aufsaugung bringen kann. Die Behandlung kann nur symptomatisch sein.

Die medikamentöse Behandlung des Ascites ist meistens erfolglos, sowohl die Diuretica, wie Diuphoretica sind zweifelhaft in ihrem Werth, die Drastica stören außerdem noch die Verdauung oder erregen gar schwer stillbare Durchfälle.

Den Ascites kann man beseitigen durch die Punktion; allein er kehrt sehr rasch wieder, neue Punktion wird erforderlich, so dass man nur dann sie vornehmen soll, wenn die Respiration sehr behindert ist. Murchison macht die Punktion schon bei mäßigem Ascites, weil dadurch die Ausbildung des Kollateralblutlaufes begünstigt würde und das Peritoneum nicht seine Resorptionsfähigkeit verliere; Kuessner erzielte gute Resultate nach dieser Methode.

II. Die Leberinduration.

Insuläre oder monolobuläre Cirrhose (Charcot und Gombault).

Bei dieser Form geht die Bindegewebswucherung von den feinsten Ramifikationen der Portalgefäße aus, jeder einzelne Acinus ist von seinem Nachbar durch verdicktes und schrumpfendes Bindegewebe getrennt und der Druckatrophie preisgegeben. Die einzelnen Granula sind in Folge dessen kleiner als die bei der wirklichen Cirrhose. Abgesehen von der atrophischen Muskatnussleber (cyanotischen Atrophie und Induration der Leber) führt Ch. folgende Formen an:

a) Die einfache Induration. Ist der Process weit vorgeschritten, so findet man nach Frerichs das Leberparenchym vollständig an mehr oder weniger großen Strecken in eine harte, trockene Bindegewebsmasse umgewandelt, während an anderen Stellen noch braune, gleichmäßig vertheilte Pünktchen die Überreste der Leberzellen andeuten. Klinisch ist der Process nicht von der wirklichen Cirrhose zu unterscheiden.

b) Die Induration bei Neubildungen der Leber; sie ist wahrscheinlich bedingt durch den andauernden Reiz der Neoplasmen und daher am deutlichsten in deren Nähe.

c) Die Induration in Folge von Krankheiten der Gallenwege. Die innerhalb der Lebergallengänge befindlichen Gallensteine können zur Induration Veranlassung geben. In neuerer Zeit nehmen viele

Autoren, gestützt theils auf klinische Erfahrungen, theils auf Experimente (Unterbindung des Ductus choledochus) an, dass es auch in Folge länger dauernder Stauung der Galle zu einer Bindegewebswucherung kommen kann.

d) Hypertrophische Cirrhose, hypertrophische oder allgemeine Sklerose der Leber, Cirrhose hypertrophique avec ictère (Hanot). Gegen diese von französischen Autoren aufgestellte Form sprechen sich entschieden Birch-Hirschfeld, Kuessner aus.

e) Interstitielle malarische Hepatitis. Klinisch ist diese Erkrankung charakterisirt durch eine beträchtliche Hypertrophie der Leber und Milz, chronischen Ikterus, ohne Anwesenheit von Ascites und ohne Erweiterung der Bauchvenen. Der Verlauf ist sehr langsam.

Ch. theilt überall mit, was er bei seinen 24 zur Obduktion gekommenen Fällen von Cirrhose vorfand; 9 Fälle werden in extenso veröffentlicht.

Prior (Bonn).

---

422. **Drasche.** Seltsame Wanderungen der Spulwürmer.

(Wiener med. Presse 1882. No. 41 u. 43.)

Eine 26jährige Handarbeiterin erkrankte 14 Tage vor ihrem Spitaleintritt in Folge Genusses verdorbener Fleischwaaren mit Appetitlosigkeit und Schmerzen in der Regio epigastrica. Ein Arzt verordnete sofort ein Brechmittel, auf das heftiges Erbrechen erfolgte.

Am anderen Tage Schmerzen in der Lebergegend, Gelbfärbung der Haut; nach weiteren 8 Tagen Schüttelfröste. Bei der Aufnahme ins Spital zeigte sich mäßiger Ikterus, geringes Fieber, Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit der Leber, Vergrößerung der Milz, Gallenfarbstoff- und Eiweißgehalt des Urins. Das Fieber wurde bald stärker, die Kräfte verfielen, es bildeten sich Blutextravasate unter der Bauchhaut, der Umfang von Leber und Milz nahm zu, auf der Oberfläche der Leber bildeten sich fluktuirende Prominenzen, es stellten sich noch öfters Schüttelfröste ein, der Ikterus nahm immer mehr zu, Pat. wurde apathisch, somnolent und starb nach längerer Agone.

Die Diagnose war auf Hepatitis suppurativa gestellt worden, jedoch eine Ursache für diese Erkrankungsform während des Lebens nicht aufzufinden.

Bei der Obduktion fand sich die Leber über das Doppelte vergrößert, an der Oberfläche mit zahlreichen, gallig-grünlich gefärbten fluktuirenden Prominenzen besetzt, die sich auf dem Durchschnitt als Eiterherde dokumentirten. Im fingerweiten Ductus choledochus fand sich neben einem bohnengroßen rundlichen Stein ein etwa 15 cm langes Stück eines kollabirten, gallig imbibirten, missfarbigen Spulwurms, der auch in den kleinfingerdick erweiterten Ductus cysticus hineinragte; dieser war durch zwei kaffeebohnengroße Gallensteine zum größten Theile verschlossen und das Ende des Spulwurms zwischen diese beiden gelagert. Gallenblase haselnussgroß, mit farbloser Flüssigkeit gefüllt.

Verf. nimmt an, dass der Spulwurm in lebendem Zustande an Ort und Stelle d. h. in die durch die Gallensteine schon erweiterten großen Gallenwege gelangt ist und wahrscheinlich zwischen die beiden durch die gewaltsame Erschütterung beim Brechakte aus der Gallenblase getriebenen Gallensteine gerieth und durch deren Druck ein jähes Ende fand. Die hierdurch entstandene Einklemmung der Gallensteine gab zu der eitrigen Entzündung der großen Gallenwege Anlass, die sich auch auf die Gallenwege der Leber erstreckte. Septische Stoffe wurden wohl durch die Nekrotisirung des Spulwurms aufgenommen.

Fall II: Ein 23jähriger Student wird am 26. Oktober aufgenommen. 14 Tage vorher Beginn der Erkrankung unter heftigen Magenschmerzen und Fiebererscheinungen.

Pat. bei der Aufnahme sehr abgemagert, erdfahles Aussehen, Unterleib aufgetrieben, Magen sehr schmerzhaft. Zeitweilig heftige Schmerzanfälle, so dass vorübergehender Collaps erfolgt. Der Schmerz hatte seinen Sitz in der Magengrube und strahlte jedes Mal gegen die Rippenbogen aus. Fieber nur zeitweilig und dann gering.

Subkutane Morphiuminjektionen milderten etwas die Beschwerden. Anfangs November Diarrhoen, Übelkeit, Erbrechen. Später wieder Besserung des Allgemeinbefindens.

Anfangs December wieder häufigeres Erbrechen, Diarrhoen, starke Schmerzen, so dass Narcotica keinen Einfluss mehr hatten, stärkere Auftreibung des Leibes, hochgradige Abmagerung.

17. December trat im höchsten Grade der Anämie und Abmagerung der Tod ein. Während des Lebens war die Diagnose auf Ulcus ventriculi gestellt worden.

Die Sektion ergab: theilweise Verklebung der Baucheingeweide durch fibrinöse Gerinnsel. Im linken Leberlappen ein hühnereigroßer Abscess. Der Magen stark ausgedehnt, seine hintere Wand mit dem Pankreas fest verwachsen und an zwei Stellen von stecknadelkopfgroßen Öffnungen perforirt, aus welchen dünner Eiter kam und welche in das Pankreas führen. In der hinteren Wand des Duodenums zwei Perforationsöffnungen, welche in eine Art Fistelgänge ins Pankreas führen. Pankreas groß, das peripankreatische Bindegewebe sklerosirt. In der Substanz der Drüse mehrere bohnengroße Abscesse, welche theilweise durch sinuöse Gänge mit einander kommuniciren und von welchen ebenfalls Abzweigungen in die Perforationen des Magens und Duodenums führen.

Die Milzvene in ihrem Endstücke von einem in die Pfortader konisch hineinragenden Thrombus röthlich gelber Farbe obturirt in der Länge von etwa 3 cm. Vor dieser Thrombose war die Vene in einen der größeren pankreatischen Abscesse perforirt mit fetzigem Zerfall ihrer vorderen Wand in einer Ausdehnung von etwa 5 mm. Im übrigen Stücke der Milzvene befand sich, dieselbe völlig verschließend, ein 18 cm langes Männchen von Ascaris lumbricoides, dessen hintere Hälfte in dem pankreatischen Abscesse und einem von

diesem gegen das Duodenum sich abzweigenden sinuösen Gange steckt. Milz normal groß, zäh, blassroth.

Als primäre Erkrankung wird eine suppurative Pankreatitis angenommen.

Der Durchbruch eines und desselben Pankreasabscesses ins Duodenum und die Milzvene machte es möglich, dass ein im Duodenum wohnender Ascaris gegen die Milz vordringen konnte. Dass dies während des Lebens geschehen, zeigte der in der Milzvene vorhandene Thrombus. Seifert (Würzburg).

---

423. **Engel.** The prodromic stages of diffused kidney affections. Die Prodromalstadien diffuser Nierenerkrankungen.

(The med. record Bd. XXII. No. 15.)

E. machte an einem jungen, sonst gesunden Mann die Beobachtung, dass bei demselben regelmäßig nach einer überreichen Mahlzeit, wenn dieselbe zu vorübergehender Indigestion Veranlassung gab, neben vermehrter Harnstoffmenge Eiweiß im Urin erschien. Dies veranlasste ihn, an sich und Anderen Versuche anzustellen, welche ergaben, dass zuweilen nach der Einfuhr größerer. besonders stickstoffreicher Nahrungsmengen, der Urin Spuren von Eiweiß enthielt; jedes Mal war dabei die Verdauung mehr oder weniger gestört. Auch nach dem Genuss sehr alkoholreicher Getränke und größerer Quantitäten Bier fand er den Urin nicht selten eiweißhaltig. Bei einigen dieser Versuchspersonen konnte er später Cylinder im Harn und leichte Cirkulationsstörungen (verstärkten Herzstoß und stark accentuirten zweiten Aortenton) nachweisen. Ein Fall endete in diesem Stadium letal in Folge eines Sturzes; die Autopsie ergab in beiden Nieren beginnende interstitielle Entzündung, die Anfangsstadien der Endarteritis in der Aorta ascendens und Hypertrophie der Muscularis der kleineren Arterien. E. glaubt, dass ein zu hoher Gehalt des Blutes an Harnstoff reizend auf die Nieren und das Gefäßendothel einwirke, indirekt die Arbeit des Herzens vergrößert und Kongestionen zu den Nieren herbeiführt. »Besteht ein solches Übermaß von Harnstoff im Blut, so hat das Herz so gut wie die Aorta größere Arbeit zu leisten, um das Blut möglichst schnell durch die Nieren zu treiben, und so das Blut und den Organismus von den schädlichen Stoffen zu befreien.« Ferner erinnert E. an die Experimente von C. Peyrani über die Vermehrung der Harnmenge und des ausgeschiedenen Harnstoffs nach elektrischer, besonders faradischer Reizung des Sympathicus. Er glaubt, dass die nach einer zu reichlichen Mahlzeit eintretende Überfüllung des Magens und die derselben folgenden Verdauungsstörungen in ähnlicher Weise reizend auf die in der Magenwand verlaufenden Verzweigungen des Sympathicus einwirken. Eine Stütze für diese Ansicht findet er in dem Umstande, dass bei seinen Versuchen die Symptome gestörter Verdauung immer gleichzeitig mit dem Auftreten von Eiweiß im Urin erschienen, resp.

denselben vorhergingen. E. glaubt daher, dass, wenn die erwähnten Schädlichkeiten öfter einwirken, sie allmählich zu ernsten Erkrankungen der Nieren und der Cirkulationsorgane führen können, zumal bei schwächlichen Individuen oder bei solchen, die zu derartigen Affektionen disponiren. Dies war z. B. bei zwei aus derselben Familie stammenden Kranken E.'s der Fall, in deren Verwandtschaft Nierenerkrankungen öfter vorgekommen waren.

E. stellt auf Grund seiner Beobachtungen folgende Sätze auf:

1) Bei einer vollkommen gesunden Person ist das Auftreten von Eiweiß im Urin ein äußerst seltenes Vorkommnis und wird nur beobachtet unter Umständen, welche an sich die zeitweilige Gesundheit des Individuums beeinflussen, d. h. zu der Zeit, wo Eiweiß im Urin auftritt, ist die betreffende Person nicht vollkommen gesund.

2) Zeigt sich bei einer anscheinend gesunden Person ohne andere Krankheitssymptome öfters Eiweiß im Urin, so deutet diese Thatsache allein an, dass dieselbe in Gefahr ist, früher oder später einer diffusen Nierenerkrankung zum Opfer zu fallen.

3) Eine Person, in deren Familie Nierenerkrankungen erblich zu sein scheinen, und die anscheinend ganz gesund ist, aber zuweilen, wenn auch nur geringe Spuren von Eiweiß im Urin zeigt, wird sicher von derselben Nierenerkrankung befallen, wenn nicht ärztliche Geschicklichkeit im Stande ist, dieselbe zu verhüten.

4) Wenn eine anscheinend gesunde Person, deren Urin zeitweise Eiweiß enthält, an dyspeptischen Symptomen leidet und einen stark accentuirten zweiten Aortenton zeigt, so ist dieselbe schon im ersten oder Prodromalstadium einer diffusen Nierenaffektion, deren Charakter abhängt von individuellen Bedingungen.

E. giebt den Rath, niemals bei einer Krankenuntersuchung den Urin zu vernachlässigen, besonders bei Personen, in deren Familie die Bright'sche Krankheit schon vorgekommen ist. Finden sich zeitweilig Spuren von Eiweiß, so ist einer solchen Person strenge Diät vorzuschreiben und dieselbe vor schädigenden Witterungseinflüssen, besonders vor Kälte zu schützen. Kongestivzustände der Nieren sind sofort zu bekämpfen; Mittel, welche durch die Nieren auszuscheidende Salze enthalten, sind zu vermeiden, als Diuretica Pilokarpin und Digitalis, als Adstringens das Albuminat der Gerbsäure zu empfehlen. Nach den Untersuchungen von Baumann und Preusse erscheint nach der Darreichung von Benzylbromid (C_6H_4Br) dasselbe nur theilweise in seinen Oxydationsprodukten im Harn wieder, der andere Theil in Verbindung mit schwefel- und stickstoffhaltigen Körpern, intermediären Produkten der regressiven Metamorphose. E. hat dies Mittel in Dosen von 0,6 g 4stündlich angewandt. In einem Falle, in dem schon Cylinder im Harn nachweisbar waren, verschwanden dieselben, so wie das Eiweiß nach Darreichung des Mittels, in einer Reihe anderer Fälle trat deutliche Verminderung der Cylinder und des Eiweißes auf. E. empfiehlt daher weitere Versuche mit diesem Mittel.

Brockhaus (Godesberg).

---

424. James T. R. Davison (Liverpool). The Carotid pulse in Aortic incompetence.

(The british medical journal 1882. Oktober 14.)

D. fand, bei Vergleichung des beiderseitigen Karotidenpulses in Fällen von Aorteninsufficienz, in einer Reihe von 10 Beobachtungen 6mal größere Stärke der Pulsationen rechts (A), 2mal Gleichheit der Pulsationen beiderseits (B), 2mal stärkere Pulsation links (C), ohne dass jemals Ungleichheiten des Radialpulses zu konstatiren waren. Er bringt diese Erscheinung in Zusammenhang mit der relativen Größe des Herzens, das er in Gruppe A verhältnismäßig klein, in Gruppe B groß, und in Gruppe C ganz besonders stark vergrößert fand. Der normalen Steigerung des Blutdrucks in Aorta und Karotiden durch die Ventrikularsystole geht in Fällen von Aorteninsufficienz in Folge der Regurgitation des Blutes eine sehr starke Entleerung dieser Gefäße vorher, in Folge deren ihre Wandungen kollabiren, und zwar ganz besonders die der rechtseitigen Karotis, deren Achse direkt auf das Aortenostium gerichtet ist. Bei der Systole geht nun die Blutwelle direkt zur rechten Karotis, daher der stärkere Karotidenpuls auf dieser Seite, der um so mehr auffällt, weil die rechtseitige Karotis während der Diastole später kollabirt (Gruppe A). Für Gruppe B und C muss man dann annehmen, dass das Herz durch seine Schwere die aufsteigende Aorta herabzieht, und so durch Lageveränderung die Bedingungen für beide Karotiden, entweder gleich macht (B), oder gar zu Gunsten der linken (C) verändert.

Jedenfalls ist das Faktum einerseits zur Unterstützung der Diagnose auf Aorteninsufficienz, noch mehr aber als mögliche Ursache einer Täuschung bei Verdacht auf Aortenaneurysma von Wichtigkeit.

Freudenberg (Berlin).

---

425. Quinquaud. Action de l'arsenic sur la diabète artificiel et sur le diabète spontané.

(Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale 1882. September 30.)

Die unsicheren und einander widerstreitenden Erfahrungen über den Erfolg der Arsenikkuren bei Diabetes waren für den französischen Autor Ursache, eine Anzahl experimenteller Untersuchungen anzustellen und daran eine genaue Prüfung des Arseniks am Krankenbett zu schließen. Die Wirkung war stets die gleiche. Immer wurde die Zuckerausscheidung vermindert, ja man konnte sie bei Hunden, denen man den Zuckerstich gemacht hatte, bis auf 0 herabdrücken, wenn man dieselben mit vergiftenden Dosen behandelte. (Genau die gleichen Beobachtungen sind von Saikowsky [vgl. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1865] am Kaninchen schon vor einer Reihe von Jahren gemacht worden. Ref.) Dabei ergab sich dann das merkwürdige Verhältnis, dass die Herabsetzung der Zuckerausscheidung gleichen Schritt hält mit der durch das Gift gesetzten fettigen De-

generation der Leber, und dass auch andere Substanzen, welche Verfettung der Organe hervorrufen (Phosphor) die Zuckerausscheidung verringern. Das ist natürlich ein nicht unwichtiger Hinweis dafür, dass man mit der Darreichung des Arseniks am Krankenbett vorsichtigumg eht (10—20 Tropfen Sol. Fowleri pro die) und es von Zeit zu Zeit aussetzt. Aus den Versuchsprotokollen und den Krankengeschichten entnehmen wir folgende Einzelheiten: Ein unvergifteter Hund schied nach dem Zuckerstich 10,909 g Zucker innerhalb 24 Stunden aus, ein anderer von gleichem Gewicht, dem man vorher Arsenik bis zu starker, fettiger Degeneration der Leber und der Nieren gegeben, hatte ceteris paribus nur 0,175 g. War die fettige Degeneration der Organe schwächer, so stieg auch wieder der Zuckergehalt des Urines. Dasselbe Verhältnis hatte Statt in dem Zuckergehalt der Leber, der nach einwurfsfreier Methode festgestellt wurde.

An 3 Fällen schwerer, fortgeschrittener Erkrankung an Diabetes konstatirte der Verf. ferner, dass mit der innerlichen Darreichung von Sol. Fowl. der Zucker im Urin an Menge abnahm (von 300 g auf 134 g in 36 Tagen), gleichzeitig die Urinmenge sich verminderte (von 4 auf 2 Liter) und auch jedoch inkonstant die Harnstoffausscheidung herabging (von 48 auf 13,74 g). Hört man wegen des Eintritts von Arsenikvergiftungssymptomen mit der Medikation auf, so steigern sich auch sofort wieder die Symptome der Krankheit.

Karewski (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

426. **Sabourin.** Fièvre typhoide. Ictère grave. Mort. Atrophie jaune aigue du foie.

(Revue de méd. 1882. No. 7. Juli 10.)

S. berichtet über einen interessanten Fall, in welchem im Verlaufe eines Abdominaltyphus eine akute gelbe Leberatrophie sich entwickelte. Außer den gewöhnlichen Veränderungen des Typhus fanden sich bei der Sektion kleine Hämorrhagien der Magenschleimhaut und der Pleuren. Leber verkleinert (Gewicht 1100 g), schlaff, von ockergelber Farbe mit einem Stich ins Grünliche, auf dem Durchschnitt weich, bröcklich, teigig, hier und da kleine Blutextravasate. Mikroskopische Untersuchung der Leber ergiebt Anämie der Kapillaren, fettige Degeneration der Leberzellen, welche bald als Körnchenkugeln, bald als Fettbläschen imponirten, damit abwechselnd resp. vereint: körnigen Zerfall, stellenweise trat die Degeneration auch in Form kleiner Herde mit einem käsigen Centrum auf; kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes, besonders auch um die Gallengänge herum. Nieren etwas schlaff, von normaler Größe, zeigten leichte albuminöse Trübung der Epithelien der Tubuli contorti und recti, hier und da leichte kleinzellige Infiltration um die Glomeruli und die kleinen Arterien; an ein oder zwei Stellen fanden sich in dem vergrößerten Lumen der Tubuli contorti hyaline Cylinder und desquamirte Epithelien.

Freudenberg (Berlin).

427. Pineau. Un cas de fièvre mélanurique.

(L'union méd. 1882. No. 123.)

Der Fall betrifft einen jungen Mann von 17 Jahren, der seit seinem vierten Lebensjahre nach Aussage der Eltern an periodischen, heftigen Schmerzen in der Milzgegend gelitten hatte; dieselben dauerten mehrere Stunden und wurde der Anfall jedes Mal durch Erbrechen blutiger Massen in verschiedener Quantität beendigt. Der Wohnort des Pat. zeichnete sich durch Häufigkeit von Malaria-Erkrankungen aus. Die vorliegende Krankheit begann mit Abgeschlagenheit, Fieber und gallig-schleimigem Erbrechen. Stechende Schmerzen, ausstrahlend vom linken Schulterblatt in die Milzgegend; Milzdämpfung erheblich vergrößert. Husten mit geringem, weißlichen Auswurf. Ergebnisse der physikalischen Untersuchung der Brustorgane negativ. Im Laufe des zweiten Krankheitstages entleerte der Kranke ca. 3 Liter eines anscheinend stark bluthaltigen Urins; derselbe hatte in den oberen Schichten hellrothe, in den unteren theerartige Färbung. Leichte ikterische Färbung der Haut, Zunge belegt. Die Schmerzen verbreiteten sich im Laufe der nächsten Tage bis in die Nierengegend.

Die Therapie bestand hauptsächlich in der Darreichung von Chinin. Nach einigen Tagen Besserung des Allgemeinbefindens bei Fortbestand des Fiebers und der abnormen Färbung des Urins; letzterer schien einmal aus reinem Blut zu bestehen. Das Fieber ließ erst nach weiteren 8 Tagen nach und wurde gleichzeitig der Urin normal. Die Rekonvalescenz nahm, da der Kranke sehr anämisch geworden war, lange Zeit in Anspruch. Die mikroskopische Untersuchung des Harns hatte ergeben: keine Epithelzellen, keine Cylinder, auch keine rothen Blutkörperchen, dagegen eine große Menge sehr kleiner, runder, embryonalen Zellen ähnlicher Körperchen, die als Mikrokokken imponirten.

Verf. stellte diesen Fall den in den Tropen häufig beobachteten melanurischen Fiebern an die Seite, glaubt, dass Malaria-Infektion mit im Spiele war, obwohl prägnante Symptome derselben fehlten und nimmt an, dass die abnorme Färbung des Urins durch aufgelösten Blutfarbstoff entstanden ist.

Brockhaus (Godesberg.

428. Ferrand. De la chylurie.

(L'union méd. 1882. No. 141.)

Ein 16jähriger Neger, der seit seinem 10. Lebensjahre in Paris gelebt und sich abgesehen von periodischen Kopfschmerzen immer wohl gefühlt hatte, erkrankte an heftigen, kolikartigen Schmerzen mit blutigen Diarrhoen. Gleichzeitig nahm der Urin, ohne dass irgend welche Symptome eines Nieren- oder Blasenleidens vorhergegangen wären, eine abnorme Beschaffenheit an: der in den letzten Stunden der Nacht gelassene Harn war bluthaltig und sah im Übrigen aus wie schmutzige Milch. Am Boden des Gefäßes fanden sich Coagula von verschiedener Größe und Menge. Gegen Morgen verringerte sich der Gehalt an Blut und Gerinnseln allmählich und Nachmittags war auch die milchige Beschaffenheit fast ganz verschwunden, so dass der Harn, abgesehen von leichter Trübung, normal erschien. Seine Quantität war vermehrt. Die mikroskopische Untersuchung ergab: eine große Anzahl mehr oder weniger veränderter rother Blutkörperchen, zahlreiche weiße Körperchen, feinste Fettkörnchen und vereinzelte Exemplare von Filaria.

Bei der chemischen Analyse fanden sich in 1000 g Harn 11,09 g Harnstoff, 20,65 Albumen, 8,27 Fett, 0,38 freies Fibrin, 9,02 anorganische Salze und 6,80 verschiedene Stoffe, kein Zucker. Im Übrigen ergab die Untersuchung des Pat., abgesehen von einem leichten systolischen Blasen an der Herzbasis nichts Abnormes; es fand sich keine Elephantiasis, keine Veränderungen am Scrotum, die auf Ektasie von Lymphgefäßen hätte bezogen werden können. In der rechten Leiste fast eine haselnussgroße, weiche, spontan und gegen Druck schmerzlose Geschwulst, welche in Anbetracht ihrer Konsistenz wohl als lymphatischer Varix angesehen werden konnte. Bei der Untersuchung des Blutes wurde Anfangs die Filaria nicht gefunden und nur Verminderung der rothen Körperchen nachgewiesen; später gelang es, die Gegenwart von Filaria im Blut während der Nacht zu konstatiren.

Der Zustand des Pat. blieb 4$^1/_2$ Monate hindurch derselbe; trotz der kontinuirlichen Blut- und Fettverluste durch den Harn war die Anämie nur gering. Dann trat Besserung ein, von ungefähr eben so langer Dauer, um wieder einem neuen, aber kürzeren Anfall Platz zu machen. **Brockhaus** (Godesberg).

429. **North.** Case of cystic tumor of liver caused by impacted gallstones in common bileduct. Cystischer Tumor der Leber verursacht durch in den Ductus choledochus eingekeilten Gallensteine.

(The med. record. 1882. Bd. XXII. No. 13.)

Ein 45jähriger Mann litt seit 7 Jahren häufig an Anfällen von Ikterus, Erbrechen, Schmerz und Empfindlichkeit des rechten Leberlappens, mäßigem Fieber. Bei seiner Aufnahme ins Hospital bestanden ähnliche, durch einen Schüttelfrost eingeleitete Symptome. Starker Ikterus, lehmfarbene Stühle, Urin enthielt massenhaft Gallenfarbstoff, kein Albumen aber viele hyaline und granulirte Cylinder. Der rasche Kräfteverfall und das ganze Aussehen des Kranken ließen an Leberkrebs denken. Nach vorübergehender Besserung, während welcher die ikterische Färbung eine Woche hindurch fast vollständig verschwand, erneute Verschlimmerung. Jetzt ließ sich über dem Magen ein die vier unteren linken Rippen vorwölbender, fluktuirender, auf Druck nicht schmerzhafter Tumor nachweisen. Dieser Tumor wuchs rasch und da sich Anzeichen von Collaps einstellten, wurden durch die Punktion ca. 2$^1/_2$ Liter einer kaffeefarbigen Flüssigkeit entleert. Nach der Operation große Erleichterung des Kranken, aber nur für kurze Zeit; dann erneuter Collaps und nach zwei Tagen Exitus. Seit der Operation hatte der Kranke kaum Urin gelassen; auch durch den Katheter konnte nichts entleert werden.

Die Autopsie ergab: Gallige Verfärbung des Netzes und Peritoneums. Darmschlingen vielfach verwachsen. Leber fettig entartet. Auf dem linken Lappen und fest mit ihm verwachsen eine mannskopfgroße unilokuläre Cyste, die ca. $^1/_2$ Liter Flüssigkeit, ähnlich der durch die Punktion entleerten, enthielt. Die Wand der Cyste war von der Dicke einer normalen Magenwand und auf ihrer inneren Oberfläche besetzt mit kleinen granulationsähnlichen Wucherungen. Die Cyste zeigte leicht trennbare Verwachsungen mit dem Diaphragma, der hinteren Magenwand und der Milz; ihr Ausgangspunkt war schwer nachzuweisen, doch wies die feste Adhärenz an den linken Leberlappen auf diesen als den Ursprung hin. Der Inhalt der Cyste hatte das specifische Gewicht 1015, enthielt viel Eiweiß, Galle, Gallensalze- und Farbstoff. Keine Spur von Echinokokken. In der Gallenblase fand sich ein Stein von 1 Zoll Länge und $^1/_2$ Zoll Durchmesser, ein zweiter, etwas kleinerer Stein saß im Ductus choledochus und konnte mit Leichtigkeit nach rückwärts aber nicht nach vorwärts bewegt werden. Die linke Niere zeigte keine makroskopischen Veränderungen; in der rechten eine Anzahl kleiner, über stecknadelkopfgroßer Cysten.

In der Epikrise nimmt N. als Todesursache Erschöpfung nach der Punktion und Suppressio urinae an; einen Grund für letztere ist er zu finden nicht im Stande. Er zweifelt nicht, dass die Cyste in ursächlichem Zusammenhang mit dem in den Gallengang eingekeilten Stein und der Gallenretention steht. Der vorliegende Fall bestätigt die Ansicht Nothnagel's, dass bei Gelbsucht höheren Grades und längerer Dauer, einerlei aus welcher Ursache dieselbe entstanden ist, Cylinder im Harn erscheinen, zuweilen ohne Eiweiß. In N.'s Fall hatte die wiederholte Urinuntersuchung im Verlauf der letzten Krankheit stets die Gegenwart zahlreicher Cylinder ergeben, während bei den früheren Anfällen der Harn frei davon gewesen war. **Brockhaus** (Godesberg).

Litterarische Neuigkeiten.

Alagna, Cagliari.

Angius Tendas, La Sardegna e le sue febbri telluriche. 8°. 3 £.

Zoppelli, Treviso.

Chiaruttini, E., Il salasso in rapporto alla nuova medicina. 8°. 3 £.

Baillière, London.

Hill, J. W., Principles and practive of bovine medicine and surgery. 8°. 36 sh.

Lewis, London.

Bennet, A. H., A practical treatise on electro-diagnosis in diseases of the nervous system. 8°. 8 sh. 6 d.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN
herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

N°. 31. **Sonnabend, den 18. November.** **1882.**

Experimentelle Studien über Schlangengift.

Von

Cand. med. **Theodor Aron.**

(Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Bonn.)

Von einem englisch-indischen Militärarzte, dem Herrn Dr. C. R. Francis, bekam Herr Prof. Binz ungefähr 1 g eingetrocknetes Gift der Brillenschlange (Naja tripudians) geschenkt. Mir wurde der Auftrag, dieses Gift an Thieren zu versuchen und die Gegengifte zu prüfen, welche Aussicht auf erfolgreiche Bekämpfung des Schlangengiftes zuließen.

Meine Versuche, obschon mit dem Gifte eines Thieres angestellt, welches bei uns höchstens in zoologischen Gärten vorkommt, haben doch in so fern vielleicht Interesse für die deutsche klinische Medicin,

als sie in Beziehung gebracht werden können zu den Thiergiften, welche auf unserem Boden wachsen. Ich denke dabei besonders an das Gift von Vipera berus und an das von tollwüthigen Hunden.

Die Prüfung des mir zu Gebote stehenden Schlangengiftes — eines chemisch anscheinend indifferenten Eiweißkörpers — an Thieren ergab Folgendes:

3 mg des getrockneten Giftes in 0,3 ccm Wasser gelöst und einem wohlgenährten Kaninchen von 1—1½ kg unter die Haut gebracht, tödteten das Thier regelmäßig in 1—1½ Stunden. Der Verlauf war so, dass zuerst Trägheit und Schlaf sich einstellte. Nun folgte sehr rasch Lähmung des respiratorischen Centrums, und zwar rascher als Lähmung des Rückenmarks. In Folge dessen verendete das Thier unter Betäubung und Erstickungskrämpfen. Dieser Verlauf entspricht dem, was man leider in unzähligen Fällen schon beim Menschen beobachtet hat.

Das Herz wird von dem Gifte ebenfalls etwas ergriffen, aber doch bedeutend geringer, als die genannten Theile des Nervensystems, denn lange Zeit nach der Vergiftung sieht man die Vorhöfe noch pulsiren und eine kurze Zeit noch sind die Ventrikel reizbar.

Die peripheren motorischen Nerven, die quergestreifte und glatte Muskulatur erleiden keine erkennbare Veränderung. Direkte vasomotorische Affektionen wurden ebenfalls nicht beobachtet.

Das Gift von Naja tripudians ähnelt also am meisten in seiner Wirkung unter den gebräuchlichen Giften dem Morphin, unterscheidet sich aber wesentlich dadurch von ihm, dass es ungleich rascher wie dieses das respiratorische Centrum zur Lähmung bringt, und auch allgemein viel intensiver ist.

Interessant und charakteristisch für die Energie des Giftes ist noch die von mir gemachte Beobachtung, dass eine Lösung des Giftes, welche durch Aufbewahrung im Zimmer faulig geworden war, an ihrer Wirkung kaum eine Einbuße erlitten hatte. Der Tod trat bei der gewöhnlichen Gabe von 3 mg etwas später, aber in der nämlichen Weise ein, wie wenn ich eine frisch bereitete geruchlose Lösung verwendet hätte.

Die Prüfung der Gegengifte erfolgte so, dass stets zwei vollkommen gleichgeartete Kaninchen vom selben Wurf zur Verwendung kamen. Beide erhielten die gleiche tödliche Dosis von Gift, das etwas leichtere meist das Gegengift. Es wurden innerlich geprüft:

Der Weingeist, ein gegen den Schlangenbiss viel gepriesenes Mittel. Mit Wasser verdünnt dem einen Thiere vor und bei Beginn der Vergiftungssymptome subkutan eingespritzt, erzielte er keinmal eine Rettung. Nur ging das behandelte Thier etwas später zu Grunde. wie es scheint, weil der Weingeist die Herzthätigkeit etwas länger aufrecht hielt.

Coffeïn und Atropin, zwei Alkaloide, welche nach den Ver-

suchen aus diesem Laboratorium[1] bei anderen narkotischen Vergiftungen mächtig erregend auf das Herz und die Athmung einwirken und dadurch lebensrettend werden können, leisteten gegen das Schlangengift so gut wie nichts.

Äußerlich zur Zerstörung des Giftes in der Wunde wurde zuerst geprüft das von Lacerda so warm empfohlene Kaliumpermanganat. Die Originalpublikation[2] lag mir vor, und danach wurde genau verfahren. In 13 Versuchen gelang es nur 6mal das Gift in der Wunde so abzuschwächen, dass das Thier am Leben blieb. Wenn mein Ergebnis demgemäß schlechter ist als das von Lacerda, so kann das möglicherweise darauf beruhen, dass er das Gift einer anderen Schlange, das von Crotalus horridus (Klapperschlange), zu seinen Versuchen benutzte.

Besseren Erfolg sah ich von einer filtrirten Lösung des Chlorkalks. Ich wandte ihn in der nämlichen Stärke und in der nämlichen Weise wie das Kaliumpermanganat an und erhielt dadurch 17mal nach einander das behandelte Thier am Leben. Die Thiere zeigten dabei nicht den geringsten Anflug von der Giftwirkung oder von einer schädlichen Wirkung der unterchlorigen Säure und fraßen mehrfach das vorgehaltene Futter, während das andere Thier betäubt und in Krämpfen daneben lag.

Aber auch beim Chlorkalk habe ich fünf Misserfolge zu verzeichnen. Die Ursachen davon waren entweder eine im Verhältnis zum angewendeten Gifte zu geringe Menge von Chlorkalk oder die Benutzung von Thieren, die kurz vorher schon zu den Experimenten gedient hatten. In jenen 17 Versuchen vermied ich diese störenden Einflüsse.

Eine weitere Prüfung, ob eine Bekämpfung des Giftes innerlich durch Strychnin oder Brucin stattfinden könne (wie beim Chloral behauptet), oder ob die Zerstörung des Giftes in der Wunde noch besser durch eine andere Chlorverbindung, oder überhaupt durch andere chemische Einflüsse erreicht werden könne, musste leider unterbleiben, weil das Gift in meinen 60 Versuchen fast aufgebraucht war. Die leichte Neutralisation des furchtbar wirkenden Giftes der Brillenschlange in der Wunde ließ mir in Verbindung mit bereits bekannten Thatsachen folgendes Verfahren bei so vergifteten Wunden am Menschen als das bis jetzt wahrscheinlich zweckmäßigste erscheinen: Unmittelbar nach dem Biss Abschnüren des gebissenen Theiles, Aussaugen mit dem Munde oder mit dem Schröpfkopfe und tiefe Injektion einer 2%igen Lösung eines unterchlorigsauren Salzes rings um die Wunde herum. Gleichzeitig wären innerlich Excitantien zu reichen, unter denen, nach dem kleinen Stückchen Erfolg von dem

[1] Heubach, Antagonismus zwischen Morphin und Atropin. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. VIII, p. 31.

Binz, Zur Kenntnis der Kaffeebestandtheile, eben dort, Bd. IX, p. 31.

[2] Museu nacional. 21. Juli. Rio de Janeiro, 1881.

Weingeist und nach der in Indien gemachten Erfahrung mit Brandy zu urtheilen, mäßige Quantitäten eines bouquettreichen Weines obenan stehen dürften.

Die Einzelheiten meiner Versuche werde ich unter Besprechung derer, die in der Litteratur schon vorliegen, an einem anderen Orte veröffentlichen.

---

430. **v. Kerschensteiner.** Die Blatternkrankheit in Baiern vom Jahre 1872 bis zum Jahre 1881. Nach amtlichen Quellen dargestellt.

Zu einer Zeit, in welcher eine kurzsichtige Agitation alle Hebel in Bewegung setzt, um die öffentliche Meinung gegen die vielleicht segensreichste Einrichtung der allgemeinen Gesundheitspflege: die Schutzpockenimpfung, feindlich zu erregen — leider, wie wir erst vor Kurzem in der Schweiz erlebt haben, mit nicht zu unterschätzendem Erfolge — in solcher Zeit erheischt eine von kompetentester Seite nach amtlichen Quellen bearbeitete Zusammenstellung und sachgemäße Kommentirung der Resultate der Schutzpockenimpfung in einem Staate, in welchem der Impfzwang seit 25 Lustren streng durchgeführt worden ist, eine ganz hervorragende Beachtung und dankbare Würdigung.

Wir entnehmen der Darstellung folgende Daten:

Während der letzten 22 Jahre betrug die Zahl der an den Blattern Erkrankten im Königreich Baiern 79 534 mit 11 300 = 14,2 % Todesfällen.

Mehr als ein Drittel aller Erkrankungen, 30 742 entfallen auf die überaus heftige von Frankreich eingeschleppte Epidemie des Kriegsjahres 1871. Von diesen 30 742 Erkrankten waren 29 429 = 95,7 % geimpft, 1313 = 4,3 % ungeimpft, ein Faktum, welches von den Impfgegnern triumphirend gegen den Nutzen der Schutzpockenimpfung ins Feld geführt worden ist. Dass in einer Bevölkerung, welche bis auf die Kinder unter einem Jahre wenigstens einmal geimpft war, dieses Procentverhältnis der geimpften zu den nicht geimpften Erkrankten sich herausstellen musste, liegt auf der Hand. Aber nicht die Zahl der Erkrankten ist als das maßgebende Kriterium der Schutzkraft der Vaccine anzusehen, sondern vielmehr das Zahlenverhältnis der Geimpften zu den Ungeimpften unter den an den Blattern Verstorbenen. Während nun bei den Ungeimpften die Sterblichkeit den hohen Satz von 60,1 % erreichte, betrug sie bei den einmal Geimpften nur 13,6 %, bei den wiederholt Geimpften sogar nur 8,2 %, ein Ergebnis, welches den überaus segensreichen Schutz der Impfung gerade bei einer so verheerenden Epidemie über jeden Zweifel erhebt.

Aber nicht nur in dem Ausnahmejahr 1871 finden wir jenes überaus wichtige Verhältnis: dasselbe kehrt vielmehr auch in allen anderen Jahren mit überraschender Gesetzmäßigkeit wieder.

So starben von den

	wiederholt Geimpften	einmal Geimpften	Ungeimpften
1877	8,2 %,	10,8 %,	53,1 %
1878	8,1 %,	11,8 %,	39,5 %
1879	0,0 %,	13,6 %,	41,1 %
1880	12,2 %,	12,8 %,	37,0 %
1881	8,1 %,	10,3 %,	48,2 %

Angesichts dieser beredten Zahlen muss jede Agitation verstummen.

»Wer offene Augen und redlichen Sinn besitzt,« schließen wir mit v. K., »kann sich gegen die Folgerungen aus den Erfahrungen eines Staates, welcher dem Impfwesen seit bald 80 Jahren seine Fürsorge zuwendet, nicht beharrlich negativ verhalten. Ein Rückschritt auf diesem, wohl dem dankenswürdigsten Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, wäre als ein großes, nationales Unglück zu bezeichnen.

Struck (Berlin).

---

431. **F. Balzer.** Recherches sur la dégénérescence granulo-graisseuse des tissus dans les maladies infectieuses. Parasitisme du xanthelasma et de l'ictère grave. Körnig-fettige Degeneration der Gewebe und Mikroorganismen beim Xanthelasma und beim Ikterus gravis.

(Revue de médecine 1882. No. 4.)

In je einem Falle von Xanthelasma und Ikterus gravis konstatirte Verf. die Anwesenheit von Mikroorganismen und stellt — jedoch mit vieler Reserve, da die Untersuchungen viel zu wenig umfangreich seien — die Ansicht auf, dass diese Mikroorganismen die Urheber beider Krankheiten seien und, indem sie sich vom Zellenprotoplasma ernähren, eine Umwandlung desselben in körnige Fettmasse hervorbringen.

Der Fall von Xanthelasma ist bereits anderswo publicirt worden (Annales de dermatologie. 1881 Okt.). Die Untersuchung der Xanthomstücke ergab: reichliche fibröse Wucherung, fettige Degeneration der Zellen, Haufen von Fettsäurenadeln, Endarteriitis obliterans, Neuritis und Perineuritis. Diese Läsionen waren vornehmlich in der Mitte der Knoten ausgesprochen, woselbst an Stelle der Zellen bloß Fett und Fettsäurekrystalle zu sehen waren, während in der Peripherie der Process erst in der Entwickelung war. Nach Behandlung mit den verschiedenen Reagentien, durch welche die albuminösen und fettigen Bestandtheile aufgelöst werden, blieben zahlreiche Körnchen und Stäbchen übrig, die besonders schön nach Tinktion mit Methylanilin hervortraten. Sie nahmen hauptsächlich das Zellenprotoplasma, weniger die Intercellularsubstanz ein und waren am reichlichsten in der Peripherie des Herdes zu finden.

Der Fall von Ikterus gravis betraf einen 30jährigen, früher luetisch gewesenen Mann, der mit ausgedehntem Hauterythem, leichtem

Ikterus und allgemeinem Unwohlsein zur Aufnahme kam. In wenigen Tagen magerte er stark ab und wurde enorm hinfällig, der Ikterus nahm zu, zugleich Erbrechen, Schmerzhaftigkeit der Lebergegend, Anurie. 6 Tage nach der Aufnahme Exitus. Die Autopsie ergab den Befund einer akuten gelben Leberatrophie. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Leber fand sich zunächst nur die typische körnig-fettige Degeneration der Leberzellen. Nach Behandlung mit denselben Reagentien, wie im vorigen Falle, persistirten die körnigen Massen, und nach Färbung mit Methylviolett zeigten sich in den Zellen, so wie im Bindegewebe deutliche Mikrokokken und Stäbchen. Dieselben Gebilde fand Verf. in der Niere, wo sie die Epithelien der Harnkanälchen, das Bindegewebe und die Glomeruli erfüllten, ferner im Bindegewebe und in den Gefäßwandungen der Haut.

Lüderitz (Berlin).

---

432. **Marchand** (Gießen). Kurze Bemerkung zur Ätiologie der Malaria.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. Heft 1.)

Die Veröffentlichungen von Cuboni und Marchiafava veranlassen M., eine Beobachtung mitzutheilen, die er vor 6 Jahren im Berliner Kadettenhause gemacht hat. Bei einer Blutuntersuchung eines Intermittenskranken während des Fieberanfalls hatte er die jetzt von Cuboni und Marchiafava beschriebenen charakteristischen Stäbchen mit kolbigen Endanschwellungen gefunden, welche im Froststadium auftreten. In weiterer Verfolgung der italienischen Veröffentlichungen kommt er zu dem Schluss, dass während des Schüttelfrostes im Intermittens-Anfall diese Stäbchen als pathogene erscheinen; sie haben selbständige Lokomotion und sind biegsam. Auch die von Klebs und Tommasi beschriebenen Malariabacillen sind augenscheinlich mit ihnen identisch.

Übrigens hat man sich vorzusehen, dass man nicht ähnliche Gebilde, die im Blute Gesunder und an anderen Krankheiten Leidender im Stadium der Apyrexie vorkommen, mit ihnen verwechselt. Koch fand u. A. einmal ganz ähnliche Bacillen in einer lokalen Milzbrandaffektion der Haut in Gemeinschaft mit Milzbrandbacillen vor, welche sich dadurch von allen anderen Bacillen unterschieden, dass die bei ihnen beobachteten sporenähnlichen Punkte sich dunkler färbten als der übrige Theil der Stäbchen, was sonst nie der Fall ist. Auch vor Verwechslungen mit Bildungen, die aus dem Zerfall rother Blutkörperchen hervorgehen, hat man sich zu hüten.

Karewski (Berlin).

---

433. **E. Maragliano** (Genua). Zur Pathogenese des Abdominaltyphus.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaft. 1882. No. 41.)

M. untersuchte das dem Lebenden entnommene Blut der Milz und des allgemeinen Kreislaufs bei Typhuskranken auf jene Mikro-

organismen, die Eberth, Klebs u. A. in den Leichengeweben der an Typhus Verstorbenen gefunden haben. Die Untersuchungen umfassten eine Anzahl von 15 Individuen und gaben folgende Resultate: In der Kulminationsperiode der Krankheit enthält das Blut des allgemeinen Kreislaufes isolirte und zusammengehäufte Mikroorganismen; dieselben bestehen fast durchaus aus kugelförmigen Körperchen, homogen, mit feinen Konturen und den Mikrokokken analog. Im Milzblute kommen außer diesen noch stäbchenförmige Mikroorganismen mit feinen Konturen vor, die den von Eberth und Klebs beschriebenen vollkommen ähnlich sind. Diese sind jedoch nur in geringer Menge vorhanden. Während der Konvalescenz verschwinden die Mikroorganismen aus dem Blute. Große Chiningaben bewirken entweder ein Verschwinden, oder doch eine beträchtliche Verminderung derselben. Durch die Methode der fraktionirten Kulturen gewann M. mit beiden Blutarten Stäbchen, gleich denen, die im frischen Milzblut gefunden worden waren, manche auch viel länger, letztere den von Klebs beschriebenen vollkommen ähnlich. Mehrere Kulturen gaben identische Resultate. Diese Untersuchungen sind die ersten, welche mit dem Milzblut lebender Typhuskranken angestellt worden sind.

Kopp (Wien).

---

434. H. Hufschmidt. Beitrag zur Kenntnis der Sehnenphänomene.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1882.

H. suchte die Frage, ob die Sehnenphänomene das Resultat eines reflektorischen Vorgangs sind, oder ob sie vom Muskeltonus abhängen und auf mechanischem Wege entstehen, experimentell durch Zeichnen der Zuckungskurven zu lösen. Die Anordnung der Versuche war eine derartige, dass auf einer berußtes Kreidepapier tragenden Glasplatte, welche an der einen Branche einer großen, nach Art eines Schlitten vorbeizuziehenden, vibrirenden Stimmgabel befestigt war, gleichzeitig in zwei Kurven einerseits der Zeitpunkt, wo der Perkussionshammer die Patellarsehne traf, andererseits die Zuckung des Quadriceps, beides durch Vermittelung Upham'scher Kapseln, registrirt wurde. (Upham'sche Kapseln sind tellerförmige Messingschüsselchen, welche oben mit einer Kautschukmembran überspannt sind, unten in der Mitte des Grundes von einem dünnen zum Ansatz eines Kautschukschlauches dienenden Metallröhrchen durchsetzt sind.) Ersteres wurde erreicht, indem der mit einer Upham'schen Kapsel verbundene Gummischlauch über die für den Schlag des Perkussionshammers in Aussicht genommene Stelle der Patellarsehne geführt wurde, so dass beim Ausführen des Schlages der Gummischlauch komprimirt wurde und dadurch eine Elevation der Kautschukplatte der Upham'schen Kapsel zu Stande kam, welche sich durch Vermittelung eines Schreibhebels auf die Registrirfläche übertrug. Die Zuckungskurve des Quadriceps dagegen wurde in der Weise aufgenommen, dass von zwei

durch einen Kautschukschlauch verbundenen Upham'schen Kapseln die eine auf der Grenze des mittleren unteren Drittels des Quadriceps aufgesetzt wurde, die andere dagegen in derselben Weise wie oben zur Aufzeichnung der Kurve diente. Die Kombination der vibrirenden Stimmgabel, deren Schwingungszahl in der Sekunde vorher genau festgestellt war, mit der Registrirfläche (nach Landois hatte den Vortheil, dass durch die in die großen Kurven sich einzeichnenden kleinen Zäckchen eine genaue Auffassung und Verfolgung der Kurven auch für die kleinsten Zeittheilchen ermöglicht wurde.

Aus den so erhaltenen Kurven ergiebt sich nun durch Auszählen der entsprechenden Zäckchen die zwischen Perkussionsschlag und Beginn der Muskelkontraktion vergehende Zeit; vergleicht man diese mit der bei Annahme eines Reflexvorganges theoretisch aus der Länge der centripetalen und centrifugalen Nervenstrecke, so wie aus der Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Reizes auf der sensiblen und motorischen Bahn zu berechnenden Latenzzeit, so muss man auf diese Art eine beweisende Probe erhalten, ob es möglich ist, den Vorgang der Sehnenphänomene als Reflex aufzufassen, oder nicht. Leider stellen sich praktisch der Sache Schwierigkeiten entgegen, indem zwar die Fortpflanzungsgeschwindigkeit im motorischen Nerven genau bekannt ist (nach Helmholtz und Baxt gleich 33,9 m in der Sekunde), die Angaben aber über die Fortpflanzungsgeschwindigkeit im sensiblen Nerven zwischen 30 und 94 m schwanken. Verf. stellte dem entsprechend seine Berechnung doppelt auf und benutzte einerseits den von Helmholtz für die motorischen Bahnen gefundenen Werth (33,9) auch für die sensiblen, da er a priori nicht einsah. wesshalb die Leitungsgeschwindigkeit hier eine andere sein sollte. andererseits den von Burkhardt für die Leitung in sensiblen Nerven angegebenen Werth (46,8 m). Er fand bei Benutzung des Burkhardt'schen Werthes, dass es möglich sei, das Kniephänomen als Reflexvorgang aufzufassen, der Helmholtz'sche Werth gestattete eine solche Annahme nicht. Ein Gleiches ergab sich beim Achillessehnenphänomen. Das Urtheil über die Auffassung der Sehnenphänomene hängt also danach von der Gewinnung eines sicheren Ausdruckes für die Leitungsgeschwindigkeit der sensiblen Nerven ab.

Übrigens fand Verf. bei 62 untersuchten gesunden Personen 3mal vollständiges, 1mal einseitiges Fehlen des Kniephänomens.

Freudenberg (Berlin).

---

435. C. Gerhardt. Das Gliom. Ein Beitrag zur qualitativen Diagnostik der Hirngeschwülste.

(Würzburger Jubiläumsschrift. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1882.)

Der zweite Beitrag der medicinischen Fakultät zu der Würzburger Festschrift stellt den wohlgelungenen Versuch dar, eine Symptomatologie des Glioms zu geben, seinen klinischen Verlauf so darzustellen, dass es möglich ist, aus ihm die pathologisch-anatomische Diagnose zu stellen. Diese Arbeit von G. enthält aber

gleichzeitig so viele und so interessante Bemerkungen über Hirnerkrankungen überhaupt und über Cerebraltumoren speciell, dass es kaum möglich ist, sie alle in dem kurz bemessenen Raum eines Referates gebührend zu würdigen. Wir werden uns daher darauf beschränken, nur diejenigen Auseinandersetzungen, welche die engere Veranlassung zu der Festschrift gaben, zu besprechen, und können uns damit um so leichter begnügen, als schon aus ihnen hervorgeht, wie viel scharfsinnige und logische Beobachtung zur Feststellung der qualitativen Diagnose von Hirnaffektionen beizutragen vermag.

Das Gliom ist eine aus gewucherter Neuroglia hervorgegangene Geschwulst, die aber nicht nur, wie Virchow meint, aus diesem histologischen Substrat besteht, sondern nach Klebs auch — und diese Angabe entspricht mehr seinem klinischen Bilde — Nervensubstanz enthält. Es kommt in jedem Lebensalter vor, betrifft aber zumeist Leute zwischen 30 und 50 Jahren und scheint sehr häufig Traumen ($^1/_6$—$^1/_3$ der Fälle) seinen Ursprung zu verdanken. Sein Verlauf ist ein langsamer, stetiger, wie bei anderen Hirntumoren, es greift aber oft mehr sprungweise um sich, indem häufig plötzliche Verschlimmerungen, die aber nicht selten vorübergehend sind, eintreten. Der Hirnmasse entsprossen, und diese aus einander treibend, kann man (Gerhardt!) es als Expansiv-Geschwulst bezeichnen, im Gegensatz zu den Deck- oder Beleg-Tumoren, welche der Hirnoberfläche aufgelagert, den Gefäßen oder Hirnhäuten entstammen. Der gewöhnlichste Sitz des Glioms befindet sich (Virchow) in einem der Hinterlappen, nächstdem in dem oberen und seitlichen Umfange der Großhirnhemisphären.

Die Initialsymptome sind Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Gedächtnisschwäche; oft beobachtet man tiefen Stupor oder gar Sopor, selten gekreuzte Lähmung, manchmal als erste Erscheinung epileptischen oder apoplektischen Anfall. Alles in Allem wenig charakteristische Symptome für die Differentialdiagnose. Von positiver Bedeutung sind dagegen im weiteren Verlauf vorübergehende Lähmungen und apoplektische Anfälle. Vorübergehende Lähmungen kommen ja hier und da auch bei anderen Tumoren vor, »bei dem Gliom treten sie so oft ein, dass sie in seinem Wesen begründet sind«. Das lässt sich durch den ungemein großen Reichthum an Gefäßen bei dieser Geschwulst erklären. Diese gestatten fluxionäre Schwellungen, welche sogar zu tödlichen Apoplexien führen können. Manchmal vermisst man selbst bei großen Gliomen Lähmungen oder beobachtet sie nur vorübergehend — ein Umstand, der für den Gehalt dieser Geschwülste an Nervenfasern (Klebs) spricht. Also Hirngeschwülste, die schwere allgemeine oder hemiplegische Erscheinungen (Fluxionen) machen, dann wieder fast völliges Verschwinden der Symptome zeigen, wird man kaum anders als zu den Gliomen zählen können. Was den apoplektischen Anfall durch Hämorrhagie betrifft, so kann er oft das einzige Symptom des Glioms darstellen. Manchmal können mehrere Anfälle vorkommen. Diese selbst gewinnen an

diagnostischer Bedeutung durch die von ihnen bedingten Temperaturverhältnisse. »Wenn im Verlaufe einer großen, Anfangs langsam wachsenden Expansivgeschwulst sich apoplektische Anfälle mit Anfangs niederer, später erst wenig ansteigender Temperatur öfter wiederholen, hat man es mit größter Wahrscheinlichkeit mit einem Gliom zu thun.« Epileptische Anfälle sind im Gegensatz zu Syphilomen und Cysticerken, selbst wenn die motorische Rindenregion und der Pons erreicht wird, selten, Depressionssymptome überwiegen. Der Verlauf ist ein langsamer, sich manchmal bis zu 10 Jahren hinziehender.

Im Anschluss an diese Auseinandersetzungen veröffentlicht G. 6 Krankenbeobachtungen, die den charakteristischen Verlauf der Gliome demonstriren. E. Leyden (Berlin).

---

436. Laure. Angine et albuminurie. Angina und Albuminurie.

L'union méd. 1882. No. 142 u. 143.

L. behandelte einen Fall von einfacher katarrhalischer Angina mit starker Schwellung einer Mandel. Drei Tage nach vollständiger Besserung der lokalen Erscheinungen traten heftige Kopfschmerzen, Sehstörungen und ein beträchtliches Ödem des Gesichts ein; der Urin enthielt viel Eiweiß. Nach drei Wochen hatte sich der Eiweißgehalt bedeutend vermindert, verschwand aber vollständig erst nach zwei Monaten. Im nächsten Jahre erkrankte dieselbe Pat. an Gelenkrheumatismus und einfacher Angina; wieder wurde der Urin eiweißhaltig. Diese Beobachtung veranlasste L., in allen Fällen von Angina den Urin zu untersuchen. In zehn weiteren Fällen, deren Einzelheiten im Original nachzusehen sind, konnte er Eiweiß im Urin nachweisen: in fünf bestand neben der Angina Gelenkrheumatismus, vier zeigten das Bild einfacher katarrhalischer, einer das Bild einer phlegmonösen Angina. Auf Grund seiner Beobachtungen konstatirt er:

1) Dass Albuminurie oft koincidirt mit einer, durch Gelenkrheumatismus komplicirten Angina (Angine rhumatismale); sie zeigt in solchen Fällen variirenden Typus, indem sie sich bei jeder neuen Fluxion zu den Gelenken wiederholt.

2) Dass Albuminurie vorkommen kann bei einfacher, katarrhalischer oder phlegmonöser Angina ohne jeden diathetischen Charakter.

3) Dass diese Albuminurie meist transitorisch ist und spontan heilt, aber auch hartnäckig werden und zu materiellen Veränderungen in den Nieren Veranlassung geben kann.

L. hat sich in allen Fällen überzeugt, dass kein versteckter Scharlach vorlag. Er ist nicht abgeneigt, einen gewissen Einfluss der Witterung und der Jahreszeit zuzuschreiben; die meisten seiner Beobachtungen fallen in die ersten Monate des Jahres 1881; zu derselben Zeit kam eine Reihe anderer Albuminurien, theils idiopathischer, theils Komplikationen verschiedener Krankheiten in seine Behandlung.

L. erwähnt sodann die Arbeit Kannenberg's, der die Albuminurie bei Infektionskrankheiten und akuten Entzündungen der Mandeln zurückführt auf den Durchgang von Bakterien aus dem Blut in den Urin und die hierdurch gesetzte Reizung der Nierenepithelien. L. hat in 3 Fällen den mit den nöthigen Kautelen aufgefangenen Urin auf Mikrokokken untersucht, zweimal mit Erfolg. In dem einen Fall waren dieselben sehr zahlreich, theils in Biskuitform, theils als runde Sporen vertreten. Die Zeit, in welcher sie im Urin erschienen, fiel zusammen mit der größten Fieberhöhe; in den folgenden Tagen waren sie nicht mehr nachzuweisen.

L. empfiehlt Untersuchung des Urins in allen Fällen von Angina. Gegen die Albuminurie bei der Angine rhumatismale hat er vom Natr. salicyl. gute Wirkung gesehen, in einem Falle von hartnäckiger Albuminurie wandte er mit Erfolg punktförmige Kauterisation der Lendengegend an. **Brockhaus** (Godesberg).

---

437. **E. Maragliano** (Genua). Über die Wirkung des Strychnins auf Herzdilatation.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1882. No. 41.)

M. versuchte Strychnin (innerlich) bei Herzdilatation und kam zu folgenden Resultaten: 1) 1—2 Tage nach der Strychninverordnung beginnt die Erweiterung abzunehmen, so dass nach Verlauf von 5 bis 6 Tagen bedeutende Erweiterungen schwinden. 2) Wenn nach eben erhaltener Verkleinerung des Herzens der Gebrauch des Strychnins sistirt wird, erscheint die Dilatation häufig wieder. 3) Um diese Resultate zu erreichen genügen täglich 2—3 mg Strychn. sulf.

Kopp (Wien).

---

438. **Page.** Chinoidine and capsicum in intermittent fever. Chinoidin und Pfeffer bei Intermittens.

(The med. record Bd. XXII. No. 15.)

P. wandte in 130 Fällen von Intermittens, von denen er drei näher mittheilt, Chinoidin und spanischen Pfeffer in Pulverform an und zwar enthielt jedes Pulver von ersterem 0,6 g, von letzterem 0,06—0,18 g, je nach Alter und Geschlecht. Er ließ in der fieberfreien Zeit täglich gewöhnlich drei Pulver nehmen. Erbrechen trat nur in einem Falle auf. In 9 Fällen wiederholten sich die Anfälle bald wieder, und zwar, wie P. meint, weil die beiden Mittel nicht lange genug gebraucht wurden, in 5 Fällen trat Besserung, aber keine Heilung ein, indem die Anfälle von Zeit zu Zeit wiederkehrten. 22 Fälle sah P. nur einmal; er ist überzeugt, dass dieselben sich nicht wieder vorstellten, weil keine neuen Anfälle eingetreten waren. In den übrigen Fällen konnte P. sich von der dauernden Heilung überzeugen.

P. empfiehlt das Chinoidin, da es in Verbindung mit Capsicum in denselben Dosen wirksam ist, wie das Chinin, seiner Wohlfeilheit wegen besonders für die Armenpraxis und die Arbeiterbevölkerung.

Brockhaus (Godesberg).

---

439. **Holbrook Curtis.** A simple means of checking pulmonary hemorrhage. Ein einfaches Mittel, Lungenblutungen zu stillen.

(The med. record Bd. XXII. No. 15.)

In einem Fall von hartnäckiger Lungenblutung, wo Ergotin innerlich und subkutan, Gerbsäure etc. vergeblich angewandt waren, schlug H. folgendes Verfahren ein. Er legte ein zusammengefaltetes Tuch auf die Vena cruralis dicht unter der Schenkelbeuge und um den Schenkel mit Schnallen versehene Binden, so dass erstere auf das Tuch zu liegen kamen. Er zog dann so fest an, dass der Rückfluss des Venenblutes vollständig gehemmt wurde. Dann schnürte er die Arme unter der Schulter mit einem elastischen Schlauch fest zusammen. Die Blutung stand augenblicklich, kehrte aber wieder, als er nach 5 Minuten die Kompression aufhob, um nach Zuziehung der Binden sofort aufs Neue zu stehen. Um eine längere Kompression zu ermöglichen, schnürte er in der angegebenen Weise zuerst einen Arm und das Bein der anderen Seite, worauf die Blutung ebenfalls stand. Wurden die Extremitäten blau, so lockerte er die Binden und komprimirte an den beiden anderen Gliedern. Er hat dies Verfahren in noch vier anderen Fällen erprobt und auch gefunden, dass die Dyspnoe dadurch günstig beeinflusst wird.

Brockhaus (Godesberg).

---

440. **Edward Mackey** (Brighton). Salicylate of soda in Tonsillitis, and as a local application in gout.

(The British medical journal 1882. Oktober 14. p. 718.)

M. empfiehlt die von Hormazdyi (The Lancet 1882, Juni 17) angegebene interne Anwendung von Natron salicylicum gegen Angina tonsillaris in Dosen von 0,6—1,2 zwei- bis vierstündlich; ferner hat er bei Gicht ausgezeichnete Erfolge in Bezug auf Schmerzstillung von der lokalen Applikation warmer Umschläge mit einer ca. 3%igen Lösung von Natron salicylicum mit Zusatz von $1^1/_2$—3% Laudanum gesehen.

Freudenberg (Berlin).

---

441. **Henry B. Baker.** The relations of schools to diphtheria and to similar diseases. Die Beziehungen der Schule zur Diphtherie und zu ähnlichen Krankheiten.

(Public health papers and reports of the American public health association vol. V. p. 107.)

Die beträchtliche Sterblichkeit, welche die Diphtherie häufig in kaum geringerem Grade als das gelbe Fieber herbeiführt, veranlasste

Verf. die Ätiologie dieser Krankheit auf statistischer Grundlage zu studiren und die sich daraus in prophylaktischer Hinsicht ergebenden Konsequenzen zu ziehen.

Die leichtere Empfänglichkeit der Kinder für Diphtherie, so wie die Thatsache, dass unter den Kindern in Michigan wenigstens das Verhältnis der zwischen 5 und 10 Jahren an derselben Gestorbenen zu den unter 5 Jahren Gestorbenen größer, als bei anderen Kinderkrankheiten, wie Scharlach, Krup und Diarrhoe ist, andererseits der ausgesprochene kontagiöse Charakter der Krankheit leiteten ihn auf den Gedanken, dass die Schule besondere Gelegenheit zu ihrer Übertragung bieten möchte. Neben der gemeinsam geathmeten Klassenluft bezeichnet Verf. als begünstigende Momente vornehmlich die nahe Berührung der Kleidungsstücke in den Vorräumen, das Entleihen von Bleistiften und Schwämmen, welche im Munde angefeuchtet werden, den Gebrauch der nämlichen Trinkbecher.

Fernerhin zeigten die Erhebungen ein häufigeres Vorkommen der Diphtherie im Winter, als im Sommer. Verf. erinnert dabei an das Vorkommen von wunden Stellen im Halse bei akuten Halsleiden, von aufgesprungenen Lippen und Händen in dieser Jahreszeit, so wie an die unvollständigere Zimmerventilation während des Winters. Die ferneren Ausführungen ergeben, dass die Diphtherie eine periodische Zu- und Abnahme zeigt, wofür mehrfache während der Periode 1855—1879 beobachtete Beispiele angeführt werden. — Eine 1876 in Lynn, Mass., genau verfolgte Epidemie, deren Umfang das ganze Jahr über mit Beginn der Ferien geringer wurde, nach Schluss derselben allmählich wieder stieg, wird als treffender Beleg dafür citirt, welche Bedeutung der Schule hinsichtlich der Verbreitung der Diphtherie zukommt.

Diesen ätiologischen Momenten entnimmt Verf. eine Reihe von Maßregeln zur Verhütung resp. Beschränkung der Diphtherie, welche im Wesentlichen auf strenge Isolirung der Kranken, ja schon der der Krankheit Verdächtigen, ausgiebige Ventilation der Krankenzimmer, Desinfektion der Genesenen resp. Gestorbenen, aller mit ihnen in Berührung gekommenen Gegenstände, so wie der Krankenräume, sofortige Meldung der Krankheit bei den Gesundheitsbehörden und Warnung der Hausgenossen hinzielen.

Zur genügenden Durchführung dieser Vorschläge empfiehlt derselbe eine umfassende Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes, speciell die Anstellung von ärztlichen Schulinspektoren. Sache der Gesundheitsämter und wissenschaftlichen Institute aber soll es sein, durch statistische und experimentelle Untersuchungen die Ätiologie der Diphtherie, als sicherste Grundlage für die zu ihrer Verhütung erforderlichen Maßnahmen, bis zu einem befriedigenden Abschlusse zu erforschen.

Würzburg (Berlin).

442. **Beneke** (Marburg). Die erste Überwinterung Kranker auf Norderney.

Norden und Norderney, **H. Braams**, 1882.

Zwei Faktoren legten von vornherein den Gedanken nahe, dass auf den Nordsee-Inseln der Aufenthalt während des Herbstes und Winters für manche Erkrankungen von wesentlichstem Vortheile sein würde. Die eine Thatsache ist die, dass die Meeres luft unter den heilsamen Faktoren die erste, und das Meeresbad die zweite Stelle einnimmt; daraus folgt, dass man sich mit Unrecht auf die Zeit beschränkt, welche für das Bad die geeignetste ist. Die zweite Thatsache ist, dass eine niedrige Lufttemperatur, selbst der Winteraufenthalt auf Höhen der Schweiz wie Davos, St. Moritz, den an konstitutionellen Schwächezuständen Leidenden, insbesonders manchen Phthisikern nicht nur nicht schadet, sondern selbst von größtem Nutzen ist. Auf Veranlassung B.'s lebten während des Herbstes und Winters auf Norderney 53 Kranke, welche B. selbst unter Aufsicht hatte. Unter den Pat. waren Phthisis pulmonum, Scrophulosis, Ekzema, Arthritis deformans, Neurasthenie etc. vertreten. Wie klein auch die Zahl der Pat. ist, so lassen sich doch schon Gesichtspunkte aufstellen, welche für die Bedeutung des verlängerten Aufenthaltes auf deutschen Nordsee-Inseln sprechen.

Bevor B. zu der Besprechung übergeht, wie die einzelnen Erkrankungsformen bei der Überwinterung sich verhielten, wendet er seine Aufmerksamkeit auf die wirksamen Faktoren der Nordseeluft. Die Intensität der Luftströmungen und deren wärmeentziehende Wirkung bei nur geringen täglichen Temperaturschwankungen, der reiche Gehalt der Luft an Ozon und an Feuchtigkeit, der wenn auch nur leichte Salzgehalt der Luft, der relativ hohe Luftdruck, die außerordentliche Reinheit der ganzen Atmosphäre, die ungebrochene Lichtmenge des Luftmeeres, alle diese Faktoren bilden zusammen die wunderbare und specifische Heilkraft der Nordseeluft. Alle vereint bilden für manche Krankheiten das größte Heilmittel, während sie auf andere nur nachtheilig wirken. Schwächezustände aller Art, zumal solche, welche als direkt vom Nervensystem ausgehende gelten, werden mit Vortheil bedacht; die Zustände aber, welche durch ein Übermaß an Leistungsfähigkeit der Funktionen ausgestattet sind und sich in zu reichlicher Blut- und Gewebsbildung oder in der Produktion bösartiger Neubildungen (Sarkom, Carcinom) aussprechen, werden eine Verschlimmerung finden.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass nach den übereinstimmenden Ansichten der Ärzte und sachverständiger Bewohner der Küste, die sanitäre Wirkung der Nordseeluft schon in einer Entfernung von $^1/_2$ Stunde, landeinwärts von der Küste, sich nicht mehr so deutlich bemerkbar macht. Dies findet zum Theil seine Erklärung darin, dass ein großer Theil des Ozon, welches durch die Wasserverdunstung über der Meeresfläche und die damit verbundenen

elektrischen Vorgänge in dem Luftmeer beständig gebildet wird, durch die Emanation des bebauten und baumlosen Festlandes mit seinem Ackerboden in Anspruch genommen wird. Es unterliegt keinem Zweifel, dass der Ozongehalt der Luft unmittelbar auf oder am Meere beträchtlicher ist als über dem flachen, unbewaldeten Festland und insbesonders über dem Boden bebauter Orte. Dass dies keine leeren Hypothesen sind, zeigen deutlich die Werthe, welche das Ozonometer giebt. In Folge dieser Ozonerzeugung vergleicht B. den Aufenthalt in der Nordseeluft »einem elektrischen Luftbade«; in der wärmeentziehenden und damit den Stoffwechsel steigernden Einwirkung der Nordseeluft, in ihrem Ozongehalt, diesem Produkt elektrischer Vorgänge, liegt ein Hauptfaktor ihrer Gesammtwirkung.

Als Resultate der Erfahrungen, welche während des Herbst- und Winteraufenthaltes auf Norderney gesammelt wurden, lassen sich als vorläufige Ansicht folgende Punkte zusammenfassen. In den Streit einzutreten, ob es besser ist, die Höhenluft, das subalpine Klima oder die Nordseeluft an erste Stelle zu setzen, ist Thorheit, sondern es handelt sich darum, die Fälle auszusuchen, welche für die einzelnen Kurorte geeignet sind. Die wesentlichsten Punkte aus dem Winteraufenthalte hervorgehend lauten:

1) Der verlängerte Aufenthaltt in der Nordseeluft ist von zweifellosem Nutzen für alle Schwächezustände, welche durch akute Erkrankungen, chirurgische Eingriffe, Überarbeiten etc. acquirirt werden.

2) Derselbe ist von, wie es scheint, unvergleichlichem Nutzen bei jener angeborenen, ererbten Schwäche, welche den Ausgangspunkt für Skrofulose, Phthisis, gelenkrheumatische Affektionen bildet.

3) Unter den bereits im phthisischen Anfangsstadium befindlichen Kranken eignen sich die chronisch-pneumonischen Formen mit geschwächtem, erregbarem Nervensystem an erster Stelle für den verlängerten Aufenthalt an der Nordsee. Die Phthisen mit katarrhalischem Charakter haben beim Höhenklima Vortheil zu erwarten; in Bezug auf die tuberkulöse Form fehlt noch das Urtheil.

4) Für Kranke, welche an bösartigen Neubildungen leiden, oder durch eine Operation davon befreit sind, oder die Entwicklung einer solchen befürchten lassen, ist der Aufenthalt an der Nordsee schädlich; eben so für solche, welche primär an Hypertrophien des interstitiellen Bindegewebes und der bindegewebigen Membranen (chronische Pleuritis, Pachymeningitis, granulirte Leber, Niere) leiden.

5) Als ein sehr werthvoller Maßstab für die Zuträglichkeit des Inselaufenthaltes ist die regelmäßige Körpergewichtsbestimmung zu betrachten.

6) Bei der Rückkehr der Kranken auf den Kontinent sind besondere Vorsichtsregeln erforderlich, um die Acclimatisation ohne Rückgang des Befindens zu erreichen. Diese Periode der Acclimatisation ist in der Regel in 2—3 Wochen beendet. Die Rückreise

soll in kleinen Etappen ohne jede Ermüdung vorgenommen werden; die Kleidung muss eine angenehme und gleichmäßige Körperwärme sichern, die Diät soll maßvoll sein, erregende Genussmittel verdienen Berücksichtigung, kühle Abwaschungen am Morgen und Abend sollen den Mangel der Erregung durch die Seeluft in etwas ausgleichen.

Prior (Bonn).

Litterarische Neuigkeiten.

Asselin & Cie, Paris.

Ball, B., Leçons sur les maladies mentales. Fasc. 3. 8°. 3 Fr. 50 cts.

Delahaye & Lecrosnier, Paris.

Haranger, F., Etude sur l'endocardite congénitale du cœur gauche. 8°. 3 Fr.

Rome, A. J., La pleurotomie. 8°. 2 Fr.

Jovene e Ca., Neapel.

Bensone, R., Analisi chimica e microscopica della urina normale a patalogica. 8°. 6 L.

Paul, Trench & Co., London.

Ribot, T., Diseases of memory. 8°. 5 sh.

Baillière & fils, Paris.

Bouillet, J., Précis d'histoire de médecine. 8°. 6 Fr.

Després, A., La prostitution en France. Etudes morales et demographiques. 8°. 6 Fr.

Vossin, A., Leçons cliniques sur les maladies mentales. 8°. 15 Fr.

Dentu, Paris.

Mireur, H., La prostitution à Marseille. Histoire, administration et police, hygiène. 8°. 5 Fr.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 32 u. 33. Sonnabend, den 25. November. 1882.

443. J. Horbaczewski. Die Synthese der Harnsäure. (Aus dem physiologisch-chemischen Laboratorium des Hrn. Prof. E. Ludwig in Wien.

(Przegląd lekarski 1882. No. 45.)

Der Autor, Assistent des Herrn Prof. E. Ludwig, giebt von der künstlichen Synthese der Harnsäure folgende Beschreibung:

Ein gepulvertes aus Hippursäure dargestelltes Glycocoll wird mit der zehnfachen Menge reinen aus Ammoniumcyanat bereiteten Harn-

stoffs gemischt. Diese Mischung wird auf dem Metallbade schnell auf 200—230° C. erhitzt, bis sie schmilzt und ihr ursprünglich farbloses und transparentes Aussehen verliert und sich in eine kastanienbraune, trübe und dicke Masse verwandelt. Nach dem Erkalten wird diese Masse in verdünnter Kalilauge gelöst, mit überschüssigem Salmiak versetzt und mit einem Gemisch von ammoniakalischer Silberlösung und Magnesiamixtur niedergeschlagen. Der Niederschlag, der bereits die Harnsäure enthält, wird nach sorgfältigem Waschen mit ammoniakhaltigem Wasser mittels einer Lösung von Schwefelkalium zerlegt. Das Filtrat wird alsdann mit Salzsäure im Überschuss versetzt und eingedampft. Beim Erkalten bildet sich ein neuer Niederschlag, der wieder in Kalilauge gelöst und dem oben beschriebenen Verfahren noch zweimal unterworfen wird. Auf diese Weise erhält man endlich ein gelbliches Pulver, welches mit Alkohol gewaschen, dann getrocknet und endlich zur Reinigung vom Schwefel mit Schwefelkohlenstoff und dann Äther ausgeschüttelt wird.

Der so dargestellte Körper verhält sich ganz wie Harnsäure.

1) Unter dem Mikroskop zeigt er die charakteristische Form der Rhomben- und Wetzsteinkrystalle.

2) Er reducirt alkalische Kupfersulphatlösung in der Wärme und Lösungen von Silbersalpeter schon in der Kälte.

3) Beim Erwärmen mit koncentrirter Salpetersäure entwickelt er braune Dämpfe; der gelbe hierbei entstandene Rückstand wird purpurroth und nach Zusatz von Kalilauge violett.

4) Endlich ist der Körper in Wasser, Säuren, Alkohol und Äther schwer, in Alkalilaugen aber leicht löslich.

Seine Elementaranalyse hat ergeben:

	Berechnet:	Gefunden:
C	35,72	35,68
H	2,38	4,02
N	33,33	33,49

Adamkiewicz (Krakau).

---

444. Über Phosphor und seine Wirkung vom klinischen und experimentellen Standpunkte aus.

1) **H. Hebra.** A case of phosphorus poisoning, which could not be diagnosed either in the living body or from the macroscopic autopsy.

(Philadelphia medical times 1882. Sept. 23. p. 866.)

Ein 19jähriger Schuhmacherlehrling kam am Abend des 21. März in Behandlung Hebra's, nachdem er 6 Tage vorher auf der Brust und den Backen rothe Flecken bekommen hatte, die fortwährend an Größe und Anzahl zunahmen. Bei der Untersuchung fand H. Wangen, Brust und Extremitäten voll großer, theils frischer, theils alter Hämorrhagien. Die frischen waren hellroth, die alten bläulich verfärbt. Auch die Konjunktiven waren voll von Ekchymosen. Der Urin war dunkel und reich an rothen Blutkörperchen und Eiweiß.

Das ganze Krankheitsbild erinnerte an Morbus maculosus Werlhofii. Am 27. März traten, nachdem bis dahin das Verhalten ein ziemlich gleichförmiges gewesen war, cerebrale Störungen ein, die sich besonders durch unbeholfene Sprache und Muskelparesen verriethen. Abends war Pat. nicht mehr im Stande zu sprechen und um Mitternacht trat Brechen, dann Collaps und am Morgen der Tod ein.

Die Leiche war sehr blass und wachsartig und hatte nur einen ganz leichten Stich ins Gelbe. Die Hirnwindungen waren etwas abgeplattet, die Gehirnsubstanz entzündlich hyperämisch, die Ventrikel dilatirt und mit Serum gefüllt. Im linken Thalamus opticus fand sich ein walnussgroßer Herd, aus geronnenem Blute bestehend. Die genauere Untersuchung der Hirnsubstanz ergab zahlreiche kapillare Hämorrhagien um den Herd her. Die Arterien an der Hirnbasis waren sehr fragil. Der Bronchialbaum war mit blutigem Schaum gefüllt. Die Mucosa des Pharynx und Larynx wies zahlreiche Ekchymosen auf; eben solche fanden sich auch im subpleuralen Gewebe, unter dem Perikard und Endokard, auf der Oberfläche des Magens und Darms und in der Schleimhaut der Harnblase. Im Abdomen fand sich etwas blutige Flüssigkeit. Die Leber war blassbraun, sonst nicht abnorm. Die Milz war geschwollen. Im Magen befand sich gelber Schleim. Die Magenschleimhaut war geschwollen und ekchymosirt. Die Fettkapsel um die Niere war blutig suffundirt. Die Schleimhaut des Nierenbeckens erwies sich als entzündlich geschwellt und blutgefüllt. In allen Körpermuskeln ließen sich kleine Hämorrhagien erkennen. Im Gehirn wies das Mikroskop reichliche Fettkügelchen nicht nur im Bereiche des Herdes, sondern auch anderweitig nach. Leber und Muskeln waren deutlich fettig degenerirt. Ein eigentlicher Ikterus bestand nicht, wie er auch während der Krankheit nicht bestanden hatte.

Durch den Mangel an Ikterus ist obiger Fall von besonderer Bedeutung. Zwar erfolgt der Tod nach Phosphorvergiftung (und obiger Fall war, wie die Untersuchung ergab, höchst wahrscheinlich eine solche), oft ehe es zur Entwicklung von Ikterus kommt; wo sich die Krankheit aber, wie hier, über viele Tage hinzieht, wird Gelbsucht fast nie vermisst. Zur Erklärung des Falles kann man nicht einmal Vermuthungen vorbringen, weil uns die Theorie des Phosphorikterus noch ein Räthsel ist.

2) **H. Hessler** (Halle a/S.). Über den Tod durch akute Phosphorvergiftung vom gerichtsärztlichen Standpunkte.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin 1882. N. F. Bd. XXXV. Hft. 2. p. 248 und Bd. XXXVI. Hft. 1. p. 10.)

Obige Arbeit ist eine fleißige Zusammenstellung der für den Gerichtsarzt wichtigen Momente und kann in dieser Beziehung empfohlen werden. Eingehend referiren lässt sie sich nicht. Beispielsweise sei der über den Phosphorikterus handelnde Passus angeführt:

Gleichzeitig mit dem Schwellen der Leber beginnt gewöhnlich eine leichte ikterische Färbung der Skleren. Diese wird allmählich intensiver, breitet sich

über Stirn und Gesicht aus und geht schließlich über den ganzen Körper fort. In vielen Fällen beschränkt sich dieser Ikterus auf die Skleren und das Gesicht. Für gewöhnlich bedingt er nur eine blassgelbliche Hautverfärbung und ist nicht so intensiv wie der Icterus gastro-duodenalis. Dieser Ikterus folgt den perkutorischen und palpatorischen Veränderungen der Leber und nimmt im Rekonvalescenzstadium nur allmählich ab. Lewin fand ihn unter 44 Fällen 15mal, Meischner in 40 Fällen 24mal und zwar 12mal im Verlaufe des 2. resp. zu Anfange des 3. Tages und je einmal am 3. und 6. Tage. In 48 Fällen, welche Hessler zusammenstellte, wurde er 26mal beobachtet, und zwar:

3mal am 2. Tage,
11 » » 3. »
3 » » 4. »
3 » » 6. »
2 » » 5. »

H. glaubt sich dahin aussprechen zu können, dass der Ikterus ein konstantes Symptom der Phosphorvergiftung ist, wofern der Tod nicht im Verlaufe der ersten 3 Tage erfolgt.

3) **W. Berger.** Die Phosphorvergiftungen der neuesten skandinavischen Litteratur.

(Schmidt's Jahrbücher 1882. No. 192. p. 130.)

Nach Hamberg haben in Schweden die Phosphorvergiftungen seit einigen Jahren bedenklich zugenommen, während die Arsenikvergiftungen bedeutend abgenommen haben. Die meisten Phosphorvergiftungen betrafen junge Frauenzimmer, die das Gift Behufs Fruchtabtreibung eingenommen hatten. In 15 von 16 Fällen fanden sich im Uterus entweder Föten oder die Zeichen einer kurz vorher stattgehabten Entbindung. In vielen Fällen waren Phosphorzündhölzchen zur Vergiftung benutzt worden, Phosphorpaste nur ausnahmsweise. Hamberg ist daher der Ansicht, dass die Phosphorstreichhölzchen gänzlich zu verbieten seien, wie denn auch in Dänemark wirklich ein Verbot derartiger Zündhölzer existirt.

Jäderholm bestätigt die Thatsache, dass in Schweden Arsenikvergiftungen ab und Phosphorvergiftungen zugenommen haben, so wie dass dieses Gift vornemlich zur Abtreibung der Leibesfrucht verwandt werde.

Von den 15 an Phosphorvergiftung Gestorbenen, bei welchen Jäderholm die Sektion gemacht hat, waren 4 am ersten Tage der Erkrankung gestorben. Die kürzeste Zeit, binnen der nach Einnahme des Giftes der Tod erfolgte, waren 7 Stunden; in einem Falle waren 11 Stunden verflossen, in einem anderen $14^1/_2$ Stunde. In diesen Fällen mit so raschem Verlaufe waren die anatomischen Kennzeichen der Phosphorvergiftung entweder gar nicht oder nur andeutungsweise vorhanden und bestanden in kleinen Blutaustritten oder beginnender Fettentartung, während Ikterus fehlte. Selbst bei einem am 2. Tage gestorbenen Individuum fehlte der Ikterus noch.

J. L. Lundblad theilt einige Phosphorvergiftungen mit, wo es sich um Abtreibung der Leibesfrucht handelte. In einem der Fälle blieb die Mutter am Leben und die Frucht starb; im anderen starben beide.

4) **Lesseliers.** Un cas d'empoisonnement par le phosphore observé à la clinique de Mr. N. du Moulin.

(Ann. de la societé de méd. de Gand 1881. Okt. p. 221.)

Der Fall bot Schmerzhaftigkeit im Epigastrium und Volumszunahme der Leber, ferner eine deutliche Alkalescenz des Speichels, Schweißes und Magensaftes, so wie eine sehr starke Harnstoffverminderung.

5) **J. Briliant.** Zur Kenntnis der toxischen Wirkung des Phosphors und des Phosphorwasserstoffs auf den thierischen Organismus.

Dissert., St. Petersburg 1881. (Russisch.) Im Auszug deutsch mitgetheilt von Prof. Boehm.

(Archiv für exp. Pathol. u. Pharm. 1882. Bd. XV. Hft. 5 u. 6. p. 439.)

Vor einiger Zeit haben fast alle referirenden Journale die interessante Arbeit H. Meyer's über den Phosphor besprochen. Die vorliegende ist vor der Meyer'schen angefertigt und hat daher auf jene keine Rücksicht nehmen können.

Der Phosphor wurde in Substanz oder als Oleum phosphoratum per os oder subkutan applicirt; der Phosphorwasserstoff wurde theils unter Glasglocken, theils durch die Trachea, theils durch eine Ösophagusfistel applicirt. Das Bild der Phosphorvergiftung ergab sich als eine sehr langsam fortschreitende allgemeine centrale Paralyse ohne Reizungserscheinungen und ohne nachweisbare Veränderungen des peripheren Nervmuskelsystems. Nach subkutaner Injektion von ca. 1,0 gr 1 %igem Phosphoröls verstrichen in der Regel mehrere Stunden, ehe eine Wirkung bemerkbar wurde; nach 24 Stunden wurden die Thiere meistens todt vorgefunden.

Das Froschherz erfuhr eine allmähliche Abnahme der Energie und Frequenz seiner Kontraktionen bis zum Eintritt eines diastolischen Stillstandes, wobei die Kammer mit dunklem Blute strotzend gefüllt gefunden wurde. Anfangs ließen sich durch mechanische oder elektrische Reizung noch einmalige schwache Systolen des stillstehenden Herzens erwecken; später nicht mehr. Mit der Zeit entleerte sich der Ventrikel mehr und mehr, so dass er nach 24—26 Stunden weißlich gefärbt und ziemlich stark kontrahirt angetroffen wurde. Die Vaguserregbarkeit blieb bis zuletzt erhalten. Atropin änderte am Gange der Erscheinungen nichts; durch Digitoxin konnte der diastolische Stillstand leicht in systolischen übergeführt werden. Demnach handelt es sich um eine primäre Lähmung der motorischen Herzganglien, eine Ansicht, zu der ja auch Meyer gelangt ist. Bei direkter Injektion des Giftes ins Blut tritt diese übrigens nicht schneller auf als bei subkutaner Applikation, woraus Verf. schließt, dass der Phosphor wohl nicht als solcher seine giftigen Wirkungen entfaltet.

Die mit Phosphorwasserstoff vergifteten Frösche starben an einer langsam fortschreitenden centralen Paralyse und allmählicher Herzlähmung. Ein 15minutlicher Aufenthalt in einer mit 7 %igem Phosphorwasserstoff gefüllten Glocke schadete Fröschen nichts.

Blutdruckversuche an Warmblütern ergaben, dass der Phosphor schon einige Zeit vor dem Tode den Blutdruck sehr stark erniedrigt. Diese Druckverminderung scheint ziemlich plötzlich einzutreten.

Das allgemeine Bild der Phosphorvergiftung bei Warmblütern ergab sich als in guter Übereinstimmung stehend mit den Beobachtungen von Eulenberg an Katzen und von Dybkowski an Hunden. Eine Katze starb, nachdem sie nur 25 Minuten eine 0,25% Phosphorwasserstoff enthaltende Luft geathmet hatte. Vom Magen aus wirkte das Gift bedeutend langsamer als von der Lunge aus, da es offenbar nur langsam von der Magenmucosa resorbirt und in kleinen Mengen durch die Lungen wieder ausgeschieden wird. Das Symptomenbild war im Ganzen sehr ähnlich dem der Phosphorvergiftung. Dem Tode ging ein Stadium totaler Narkose voraus, worin die Anfangs vorhandene hochgradige Dyspnoe einer ruhigen Athmung Platz machte. Der Tod erfolgte unter schwacher tetanischer Streckung der Extremitäten Die Blutdruckversuche ergaben eine bedeutende sehr zeitig auftretende und lange anhaltende Verminderung der arteriellen Spannung mit gleichzeitiger Herabsetzung der Pulszahl. Der Tod erfolgte niemals durch Herzstillstand im strengeren Sinne, denn bei den Sektionen ließen sich immer noch, wenn auch unvollkommene Herzkontraktionen nachweisen. Im Ganzen waren die Blutdruckkurven den Arsenikkurven sehr ähnlich. Auf der Höhe der Intoxikation versagte der vasomotorische Apparat seinen Dienst, so dass weder sensible Reize noch die Erstickung Gefäßkontraktionen zu bewirken im Stande waren. Gastrointestinalerscheinungen traten wie bei der Phosphor-, so auch bei der Phosphorwasserstoffvergiftung gegen die nervösen Störungen sehr in den Hintergrund. Befunde, wie sie beim Arsenicismus acutus die Regel bilden, wurden nie angetroffen. Die Darmschleimhaut zeigte in der Mehrzahl der Beobachtungen eine auffallend anämische und trockene Beschaffenheit.

6) **J. Fort.** Des combinaisons cliniques du phosphore et de l'essence de terebinthine; deductions physiologiques et cliniques.

Thèse. Sceaux, 46 Seiten in Quart, 1881.

Bekanntlich ist H. Köhler fortwährend für die Behandlung der Phosphorvergiftung mit Terpentinöl eingetreten, während die deutsche Litteratur im Grunde genommen von dieser Behandlung nichts Rechtes wissen wollte. Er hat aber doch, wie es scheint, Recht gehabt, denn die F.'sche Arbeit bestätigt seine Ansichten durchaus.

F. zeigt, dass beim Kontakt von Phosphor mit O-haltigem Terpentinöl 2 wohlcharakterisirte Verbindungen entstehen, die von der unterphosphorigen Säure sich ableiten und die Formeln $PH (C_{10} H_{15})_2 O_2$ und $PH_2 (C_{10} H_{15}) O_2$ haben. Von der erstgenannten Säure hat früher schon Rommelaere nachgewiesen, dass sie kein Gift ist und selbst in größeren Dosen genossen werden kann. F. hat aber auch von der zweiten phosphorreicheren Säure nachgewiesen, dass sie bei Hunden in Dosen bis zu 2 gr oft ohne alle Giftwirkung ist.

Die Köhler'sche Methode der Behandlung der Phosphorvergiftung ist also sehr rationell.

7) De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pure et de son emploi dans le traitement curative de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phthisie pulmonaire.

(Bulletin de l'acad. de méd. de Belgique 1881. p. 771.)

Felix glaubt durch Beobachtungen an 150 Brustkranken gefunden zu haben, dass Phosphor ein Specifikum gegen chronische Bronchitis, Tuberkulose und Emphysem sei. Besonders soll sich das Körpergewicht dabei schnell heben.

Ref. bezweifelt den Nutzen bei Lungenkrankheiten sehr stark.

8) J. C. Thorowgood. Observations on the use of hypophosphites in the treatment of phthisis pulmonalis.

(The british medical journal 1882. Juli 1. p. 11.)

Woehler und Frerichs haben den Satz aufgestellt, dass die niedrigen Oxydationsstufen des Phosphors denen des Arsens sehr ähnlich seien in Bezug auf ihre Wirkungen. Aus diesem Grunde werden noch jetzt fortwährend Anstrengungen gemacht, gewisse Salze des Phosphors in den Arzneischatz einzubürgern, so namentlich das unterphosphorigsaure Natron. Dieses Salz ist aber, wie schon vor mehr als 25 Jahren exakt nachgewiesen ist, absolut wirkungslos; insonderheit kommt ihm, auch wenn man es selbst in den größten Dosen ins Blut spritzt, keine einzige der Wirkungen zu, welche den Phosphor als solchen oder die arsenige Säure charakterisiren.

Ref. kann hinzufügen, dass er selbst das Natron subphosphorosum als absolut unwirksam bei diesbezüglichen Versuchen erkannt hat. Er überlässt es daher der Leichtgläubigkeit der Leser, an Th.'s Beobachtungen zu glauben, der von den Hypophosphiten eben so wie sein Freund Eustace Smith bei chronischen Lungenerkrankungen stets ausgezeichnete Erfolge gesehen hat. **Kobert** (Straßburg i/E.).

---

445. M. Hofmeier. Beitrag zur Lehre vom Stoffwechsel des Neugeborenen und seine Beeinflussung durch die Narkose der Kreißenden.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIX. Heft 3.)

Gleich Martin und Ruge, welche den Stoffwechsel der Neugeborenen durch Untersuchungen des Nierensekretes zu erforschen trachteten, beschäftigte sich auch Hofmeier ausschließlich mit Harnanalysen. Dieselben erstrecken sich auf 34 unter möglichst normalen Verhältnissen geborene Kinder beiderlei Geschlechts, denen zum größten Theil der Urin durch den Katheter entzogen wurde.

Die Resultate der Untersuchungen stehen im Großen und Ganzen mit denen Martin's und Ruge's in Übereinstimmung. Die Urinmenge steigt vom 1. bis zum 10. Tage auf das Sechsfache, seine

Farbe wechselt; vom 1. bis 3. Tage wird sie dunkler und hellt sich dann wieder auf; eben so ist die Reaktion erst neutral oder schwach sauer (nie alkalisch, wie M.-R. u. A. gefunden), wird während der ersten Lebenstage stark sauer, um dann wieder zu seiner Anfangsreaktion zurückzukehren. Auch das specifische Gewicht nimmt gerade in den ersten 3 Tagen enorm zu, fällt aber wieder langsam. die relativen Harnstoffmengen steigen während der ersten 4 Tage auf das mehr wie 14fache, gehen jedoch bis zum 10. Tage auf die Hälfte der erreichten Höhe herab. In gleicher Weise und in den gleichen Zeitabschnitten wird die Ausscheidung der Harnsäure und die Menge der daraus bestehenden Infarkte vermehrt, parallel mit Infarkt und dadurch bedingt geht eine regelmäßig beobachtete Albuminurie. Auch hier liegt der Kulminationspunkt am dritten Tag, von wo ab Infarkt und Eiweiß allmählich verschwinden. Phosphate und Sulphate schließlich erscheinen im Urin der ersten 3 Tage gegen später in bedeutend vermehrten Quantitäten. Nimmt man hierzu die Thatsache, dass das Kind in den ersten Lebenstagen an Gewicht verliert, erst am 10. sein ursprüngliches Gewicht wieder erreicht, und stellt man alle diese Beobachtungen zusammen, so hat man den Ausdruck für »die Revolution ohne Gleichen während des gesammten intra- und extraperitonealen Lebens, der überhaupt nur noch die Zeugung und der Tod etwa gleichen«. Mit einem Schlage übernimmt der Organismus, wenn er geboren ist, eine enorme Arbeitslast (Athmung, Ernährung, erhöhte Wärmeproduktion), für deren Bewältigung ihm nicht gleich genügende Nahrung geboten wird, so dass er auf eigene Kosten leben muss. Die Folge davon ist die Gewichtsabnahme; die vermehrte Harnstoffausscheidung, die im Widerspruch zu den Lehren der Physiologie steht, zeigt, wie elementar die neuen Oxydationsvorgänge hereinbrechen auf den widerstandslosen Organismus.

Die Beobachtungen und Schlüsse aus diesen ersten Untersuchungen gewannen nun noch eine werthvolle Bestätigung durch andere, welche Aufklärungen bringen sollten über die Veränderungen, welche der Stoffwechsel bei Neugeborenen durch die Narkose der Mütter erleidet. Es zeigte sich zunächst, dass das in den mütterlichen Organismus eingeführte Chloroform bei dem Kinde eine Steigerung und Beförderung der auch sonst beobachteten ikterischen Erscheinungen verursacht, und dass damit Hand in Hand geht eine erhebliche Vermehrung der absoluten Harnstoffabscheidung, die überdies schon am zweiten Tage ihr Maximum erreicht. Dazu sieht man Erhöhung der Menge der abgeschiedenen Harnsäure, Vermehrung der harnsauren Infarkte und dem entsprechend häufigeres Erscheinen von Eiweiß, rothen Blutkörperchen und Pigment im Urin. Zu gleicher Zeit wird auch die gewöhnliche Gewichtsabnahme des Kindes bedeutender. Alles in Allem also ein »gegen die Norm noch erhöhter akuter Zerfall von Eiweißstoffen des kindlichen Organismus, stets in Begleitung mehr oder weniger erheblicher ikterischer Erscheinungen«. Es ist kaum zu

bezweifeln, dass dieser Ikterus hämatogen ist, dass das Chloroform also, eben so wie beim Erwachsenen, so auch intra-uterin Blutkörperchen zerstörende Eigenschaften besitze. Verf. schließt, dass das Stroma der zerstörten Blutkörperchen ebenfalls oxydirt wird und dies die Ursache für die erhöhte Ausscheidung der N-Oxydationsprodukte namentlich am zweiten Tage sei. Es ist evident, dass diese Thatsachen auch bezüglich der Frage von der Entstehung des Icterus neonatorum von Belang sind. **Karewski** (Berlin).

---

446. **M. Hofmeier.** Die Gelbsucht der Neugeborenen. (Eine klinisch-physiologische Studie.)

(Separatabdruck aus der Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. VIII. Hft. 2.)

Den seit vielen Jahren von zahlreichen Autoren geführten Streit über den hepatogenen oder hämatogenen Ursprung der Gelbsucht der Neugeborenen sucht H. auf ganz anderem als dem bislang geführten Wege zu entscheiden. Er hat den Stoffwechsel ikterischer und nicht ikterischer Kinder in einem Theil der Ausscheidungsprodukte untersucht und fand zunächst, dass sich zwischen dem Ikterus und der während der ersten Lebenstage eintretenden Gewichtsabnahme ein Zusammenhang nachweisen lässt. Der Gewichtsverlust, welcher ausschließlich auf Kosten des neugeborenen Organismus erfolgt, ist bei Ikterus stärker als sonst. Ferner zeigt sich bei ikterischen Kindern während der ersten 9 Lebenstage eine außerordentliche Vermehrung der Harnstoffausscheidung und der Harnsäurebildung. Häufiger als bei gesunden Kindern kommt auch der Harnsäureinfarkt und dessen Begleiterscheinung, die Eiweißausscheidnng vor. Konstant findet man mehr oder weniger gelben Farbstoff im Urin der Ikterischen. So hochgradige Stoffwechselstörungen können nun nach des Verf.s Ansicht nicht durch kleine Mengen in das Blut übergetretener Galle veranlasst werden, eben so wenig durch lokale Cirkulationsstörungen. Der Icterus neonatorum ist ihm vielmehr eine Theilerscheinung der Veränderung des Gesammtstoffwechsels der ersten Lebenstage. Die gesteigerten Ansprüche an den Organismus für zum Theil ganz neue, zum Theil erhöhte Funktionen führen bei unzureichender Nahrung dazu, dass er in einem Stadium auf Kosten seines eigenen Eiweißes leben muss. Beweis dafür ist die fortgesetzte Gewichtsabnahme zu gleicher Zeit mit einer erhöhten Ausscheidung der Eiweißspaltungsprodukte. Je länger und intensiver diese Processe dauern, ein um so höherer und stärkerer Zerfall rother Blutkörperchen tritt ein, bedingt durch den Verbrauch des Eiweiß, des Blutplasmas und durch die Athmung. Die Produkte des excessiven Blutkörperchenzerfalls führen gleichzeitig mit der durch den Beginn der Darmthätigkeit gesteigerten Leberthätigkeit eine sehr pigmentreiche Galle herbei. Die Folge dieses Vorganges ist ein Übertritt von Galle in das Blut, begünstigt vielleicht durch gewisse anatomische Verhältnisse der Abflusskanäle.

Während der erste Theil der Arbeit, der die Stoffwechseluntersuchungen umfasst, durch reichliche Untersuchungen wohl begründet ist, kann Ref. es nicht verhehlen, dass der letzte Theil wesentlich als eine, wenn auch geistreiche, Hypothese auftritt.

Edinger (Gießen).

---

447. M. Krishaber. Du goître épidemique. Über epidemischen Kropf.

(Annales des maladies de l'oreille du larynx etc. 1882. No. 3.)

Der Name des »epidemischen Kropfes« ist zur Bezeichnung von bei einer großen Anzahl unter gleichen Lebensbedingungen befindlicher Personen plötzlich und gleichzeitig auftretenden Anschwellungen der Schilddrüse bestimmt. Das fast ausschließliche Vorkommen dieser Affektion in Ländern, wo der Kropf sonst »endemisch« ist, hat von jeher den Gedanken nahe gelegt, dass der »epidemische Kropf« eine Varietät des »endemischen« ist, während alle anderen außerdem in Betracht kommenden Ursachen nur die Rolle von unterstützenden ätiologischen Momenten spielen. Demgemäß kehren bei Betrachtung der 34 in dem Zeitraum von 1780—1873 in Frankreich beobachteten Epidemien unaufhörlich die Namen derselben Städte wieder, und es sind Briançon, Clermont-Ferrand, Colmar, Neuf-Brisach, Besançon und einige andere die am häufigsten betroffenen. so Briançon von 12, Clermont-Ferrand von 8 Epidemien.

Im Ausland ist die Affektion wenig bekannt; nur Hancke (Hufeland's Journal 1838) berichtet über 380 bairische Soldaten, von denen nach einmonatlichem Aufenthalt auf Fort Silberberg 100 an akuter Schilddrüsenanschwellung erkrankten.

Das Hauptkontingent zur Erkrankung stellen kräftige junge Leute, Kinder unter 10 Jahren sind meist verschont; während die Eingeborenen solcher Kropfgegenden, ähnlich wie in Malariadistrikten. eine mehr oder weniger vollständige Immunität erlangen, ist die Empfänglichkeit von Neuankommenden eine sehr große, wie man sich bei Rekruten, welche in von Epidemieen heimgesuchte Garnisonen kommen, wiederholt überzeugt hat.

Obgleich die Erkrankung meist im Frühling und Sommer auftritt, ist die Bezeichnung goître estival nicht exakt, da auch im strengsten Winter Epidemien (z. B. in Briançon im Jahre 1850 und 1863) beobachtet worden sind; es kann bei den einzelnen Epidemien $^1/_5$ oder selbst $^1/_3$ der zusammenlebenden Individuen erkranken.

Die von anderen Autoren als Hilfsursachen für das Auftreten der Epidemien herangezogenen Momente, wie Erkältungen, herbeigeführt z. B. durch kaltes Trinken bei erhitztem Körper, jähe Temperaturwechsel, unzureichende Nahrungszufuhr, weist Verf. als nicht von Belang zurück und stellt nur einen Faktor als für die Ätiologie wesentlich in Betracht kommend hin, wie er in dem aus dem Boden der Kropfgegenden sprudelnden Wasser ge-

geben ist; als Beweise dienen die zahlreichen Beispiele, in denen Individuen, welche sich des Trinkwassers enthielten, bei Kropfepidemien verschont geblieben sind.

Die Art des epidemischen Auftretens der Erkrankung hat die Vermuthung, dass es sich um eine durch ein Contagium animatum herbeigeführte Infektionskrankheit handelt, nahe gelegt, ohne dass bisher ein exakter Beweis für diese Annahme erbracht worden wäre; Beispiele von direkten Übertragungen des Krankheitsprocesses von Person zu Person liegen noch nicht vor, im Gegentheil sind alle derartigen Versuche bislang gescheitert. Einen Vergleich der Erkrankung mit epidemischer Parotitis und Orchitis, wie er von anderer Seite angestellt worden ist, hält K. für nicht zulässig.

Die pathologische Anatomie der Erkrankung fehlt; 2 Sektionsbefunde von Colin und Lebert haben keinerlei charakteristische Befunde ergeben, auch nicht an der Schilddrüse.

Die Affektion tritt meist schmerzlos ein und wird von den Pat. an der sich einstellenden Unmöglichkeit, ihre Kleidungsstücke am Halse zuzuknöpfen, gewöhnlich zuerst erkannt. Entweder ist die Schilddrüse in ihrer ganzen Ausdehnung befallen, oder wenn nur partiell, der rechte Lappen häufiger als der linke; die Erkrankung verläuft fieberlos und meist ohne anderweitige Gesundheitsstörungen. Einzelne Beobachter wollen indess durch Schwellung der Schilddrüse bedingte Kompression der Nachbarorgane bemerkt haben und beziehen hierauf die folgenden, zuweilen konstatirten Symptome: Rauhigkeit der Stimme, Stridor, Schlingbeschwerden, Gesichtsröthung.

Die Dauer der Einzelerkrankung variirt in den einzelnen Epidemien und wird von verschiedenen Beobachtern auch verschieden angegeben; im Mittel scheint sie 15—21 Tage zu betragen; die Dauer der ganzen Epidemie schwankt zwischen 2—6 Monaten, wobei unter Umständen im Winter sich einstellende Remissionen mit im Frühjahr auftretenden Exacerbationen abwechseln können.

Heilung ist die Regel, doch sind auch Übergänge in ein mehr chronisches Stadium gesehen worden.

Therapeutisch empfiehlt sich, wo nicht Entfernung der Kranken aus dem »pays goîtrigène«, so wenigstens absolute Abstinenz vom Trinkwasser in diesen Gegenden. Alle den Organismus schwächenden und dadurch die Disposition zu Erkrankungen im Allgemeinen erhöhenden Momente, wie Erkältungen, mangelhafte Ernährung, unhygienisch angelegte Wohnungen und speciell Schlafräume sind möglichst zu vermeiden. Gegen den einmal bestehenden Kropf empfiehlt sich der innerliche wie äußerliche Gebrauch des Jod in seinen verschiedenen Präparaten (Jodkalium, Jodeisen, Jodtinktur). Bei sehr akut auftretenden Anschwellungen lokal Eis, kalte Duschen.

Eugen Fränkel (Hamburg).

---

448. W. Ebstein. Über die Natur und Behandlung der Gicht.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1882. 180 Seiten mit 5 Tafeln in Farbendruck.

In der vorliegenden Schrift hat E. unsere bisherigen Kenntnisse über den gichtischen Process durch anatomische und experimentelle Untersuchungen wesentlich erweitert. Er führt darin vor Allem den Nachweis, dass der bekannten Ablagerung von krystallisirten Uraten in den einzelnen Organen stets eine Nekrose des Gewebes vorausgeht, welche sich charakterisirt durch Untergang aller normalen Struktur und Textur, Schwund der Zellen und Kerne und Umwandlung des Gewebes in eine homogene, strukturlose Masse, welche sich meist scharf gegen die Umgebung abgrenzt. An gefärbten Präparaten zeigte sich, dass im Nekroseherde etwa noch vorhandene Kerne ihre Färbbarkeit eingebüßt haben. Eben so lässt sich durch die Untersuchung im polarisirten Licht bei denjenigen Geweben, welche das Licht doppelt brechen (hyaliner Gelenkknorpel, Sehnen), der Verlust dieser Eigenschaft innerhalb der nekrotisirten Partien nachweisen. Neben solchen fertigen Nekroseherden finden sich Stellen, an denen noch Reste der Struktur der Zellen und tingirbare Kerne vorhanden sind, was darauf schließen lässt, dass sich die Umwandlung bisweilen allmählich vollzieht; E. bezeichnet diese Stellen als nekrotisirende Herde. Die Ablagerung krystallisirter Urate findet nun, wie E. nachweist, nur an solchen Stellen Statt, wo das Gewebe wirklich abgestorben ist; niemals fand er Urate außerhalb dieser Herde. Er hält also die Nekrotisirung des Gewebes mit sekundärer Ablagerung von harnsauren Salzen für das Typische bei der Gicht und bezeichnet diese Herde als typische Gichtherde. Es finden sich dieselben bei der Arthritis uratica des Menschen in der Niere, im hyalinen Gelenkknorpel, im Faserknorpel, in der Sehne und im intermuskulären und subkutanen Bindegewebe.

Was speciell die Nieren anbetrifft, so können dieselben beim gichtischen Process ganz gesund bleiben oder auch in jeder beliebigen Weise und zwar besonders häufig an chronischer interstitieller Nephritis (Schrumpfung) mit oder ohne Ablagerung von krystallisirten Uraten in den Harnkanälchen, erkranken. Als typische Gichtniere ist dagegen nach E. nur diejenige zu bezeichnen, bei welcher sich die geschilderten Nekrosenherde mit den aus krystallisirten Uraten und reaktiver Entzündung in der Umgebung nachweisen lassen. Die meisten derselben sitzen in der Marksubstanz der Nieren, doch kommen sie auch in der Rindensubstanz vor und scheinen hier vorzugsweise die Malpighi'schen Körperchen zu befallen. Bei der amyloid entarteten Gichtniere ist bemerkenswerth, dass nach E.'s Erfahrungen in der Umgebung der Herde die Amyloidreaktion bei Anwendung der gebräuchlichen Reagentien nicht eintritt. Im Gichtknorpel der Gelenke hat E. niemals Amyloidentartung nachweisen können. Hier unterscheidet sich der Process auch noch dadurch von den Gichtherden der Niere, dass sich in der Umgebung der nekrotisirten Knor-

pelpartien niemals eine Rundzellen-Infiltration findet; es kommt nur zu Reizungsvorgängen in den zelligen Elementen des Knorpels, welche in Wucherung derselben bestehen. Die Gichtherde im Faserknorpel, in den Sehnen und im lockeren Bindegewebe sind in der Regel durch große Dichtigkeit der Uratablagerungen ausgezeichnet, gleichen aber im Übrigen vollkommen den oben beschriebenen.

Bezüglich der Frage des Vorkommens von Gicht bei Thieren weist E. an der Hand der einschlägigen Litteratur nach, dass gichtische oder der Gicht ähnliche Processe bei Hunden, Schweinen (Suanin, Virchow) und namentlich bei Vögeln und Reptilien beobachtet worden sind. Seine eigenen Versuche, künstlich bei Hühnern theils durch Unterbindung der Harnleiter, theils durch subkutane Injektion von neutralem chromsaurem Kali (welches die absondernden Nierenepithelien zum Absterben bringt) Uratablagerungen im Körper zu erzeugen, hatten einen positiven Erfolg, jedoch nur bei der letzten Methode; die Ureterenunterbindung, obwohl mit antiseptischen Kautelen ausgeführt, überlebten die Thiere meist nur 24 Stunden, die subkutane Einverleibung chromsaurer Salze (0,1 pro die) dagegen bis zu einem Monat und darüber. Bei den Hühnern der letzteren Kategorie fanden sich nekrotische und nekrotisirende Herde mit reichlichen krystallinischen Uratniederschlägen in der Leber, und zwar hier am reichlichsten, im Myocardium und in den Nieren. Außerhalb dieser Herde waren Urate nicht aufzufinden. Am Herzfleische ließ sich wiederum innerhalb der nekrotisirten Partien (nach Lösung der Urate) der Verlust der Doppelbrechung im polarisirten Licht nachweisen. Oftmals wurde auch reaktive Entzündung in Form kleinzelliger Infiltration in der Umgebung der Uratdeposita gefunden. E. hält somit diese künstlich erzeugten Herde mit den Gichtherden des Menschen für identisch.

Das Wirksame bei dem Zustandekommen der gichtischen Veränderungen ist nach E. die das Gewebe diffundirende Harnsäure, die ja im Harn der Vögel die Hauptmasse bildet und stets im Bereich der Herde nachzuweisen ist. Außerdem gelang es E., sich von der toxischen Wirkung derselben auf die Gewebe direkt zu überzeugen. Er injicirte nämlich chemisch reine Harnsäure als Schüttelmixtur oder in phosphorsaurem Natron gelöst in die Hornhaut von Kaninchen und sah danach Infiltration mit Hinterlassung einer Narbe (Leukom) entstehen, während die gleichen Injektionen von Harnstoff, Xanthin, Guanin, Kreatin, Kreatinin und Hippursäure diesen Effekt nicht hatten. In anderen Geweben, z. B. im Peritonealsack, im Ohrknorpel, in der Niere und der vorderen Augenkammer machte die Harnsäure nur leichtere Reizerscheinungen. Es lässt sich daraus schließen, dass die einzelnen Gewebe eine verschiedene Resistenz gegen diese Noxe besitzen.

Aus den klinischen Betrachtungen des Verf.s, bezüglich deren wir auf das Original verweisen, heben wir nur hervor, dass E. die primäre Gelenkgicht und die primäre Nierengicht unter-

scheidet. Die erstere ist die bei Weitem am häufigsten vorkommende Form der Gicht, bei derselben können, selbst wenn sie hohe Grade erreicht, die Nieren bis an das Ende des Lebens gesund bleiben. Jedenfalls erkranken die Nieren weit später als die Gelenke. Die Ursache dieser Form der Gicht ist nach E. in den kranken Extremitäten selbst und zwar in perverser Harnsäurebildung in den Muskeln und dem Knochenmark derselben zu suchen, wofür eine Reihe von Argumenten angeführt werden. Ursprünglich ist der gichtische Process immer ein lokaler; zu generalisirter Gicht (»generalisirter Harnsäurestauung«) in anderen Gelenken, auf Schleimhäuten, im Auge, auf der Haut und in den Nieren kommt es erst später, und zwar um so eher, je frühzeitiger und ausgedehnter die Nieren in Folge von chronischer interstitieller Nephritis zu veröden anfangen. Als primäre Nierengicht bezeichnet E. diejenigen Fälle, in welchen zuerst die Nieren erkranken und andere Organe, besonders die Gelenke, erst sekundär und gewöhnlich in geringerer Ausdehnung befallen werden. Die Diagnose stützt sich auf später etwa auftretende Gichtanfälle. Klinisch verlaufen diese Fälle unter dem Bilde der chronischen Nephritis; bei der Sektion findet man dann die typischen Gichtherde. Übrigens auch beim gewöhnlichen Morbus Brightii kann, wie Beobachtungen von Lancereaux und Buhl beweisen, Gelenkgicht auftreten, und bildete hier sogar nach Buhl eine nicht seltene Komplikation. (Danach dürfte die klinische Diagnose der primären Nierengicht eine recht schwierige sein.)

Den Schluss des Buches bilden Grundsätze über die Behandlung der Gicht. In diätetischer Hinsicht empfiehlt E., »dem Gichtiker das Fleisch und die entsprechende Menge von Fett zu gestatten, die Kohlenhydrate aber auf ein Geringes zu beschränken«. Alkoholica (Wein) in mäßiger Menge, Bier ist ganz zu meiden. Die sonstige Behandlung ist die übliche.

A. Hiller (Berlin).

---

449. Gerhardt. Über arsenikale Muskelatrophie.

(Sitzungsbericht der Würzburger physiologisch-medicinischen Gesellschaft 1882.)

G. berichtet über zwei Fälle, die erweisen, dass die arsenikale Muskelatrophie zu einer gewissen Zeit ihres Bestandes täuschend das Bild der progressiven Muskelatrophie von Duchenne und Aran vorstellen kann.

I. Eine 28jährige Frau wurde von ihrem Mann mit Arsenik vergiftet (gerichtlich festgestellt). 3 Wochen nach dem Krankheitsbeginn stellten sich Schmerzen in Händen und Füßen, Pelzigsein und Ameisenkriechen ein, das Tastgefühl ging verloren, und in weiteren zwei Wochen bestand völlige Lähmung der Extremitäten, und weiterhin folgte bedeutende Abmagerung.

Nach Ablauf von drei Monaten Nachlass der Schmerzen, das Tastgefühl stellte sich wieder ein.

Pat. bot bei ihrem Spitaleintritt völlig das Bild der progressiven Muskelatrophie dar. Die faradische Erregbarkeit an einer Reihe von Muskeln herabgesetzt, an anderen erhalten, die galvanische Erregbarkeit durchweg vermindert oder aufgehoben.

Sensibilität ungestört.

Im Laufe eines Jahres erholte sich Pat. vollständig, bis auf leichte Beugung der Finger und einige Ungeschicklichkeit der Bewegungen funktionirten die Muskeln wieder normal.

Bei einem II. Fall, einer 41jährigen Tünchersfrau, war die Ursache der Erkrankung weniger klar. Pat. hatte sich früher viel mit Tücherknüpfen und Filetstricken beschäftigt, wobei Wolle verarbeitet wurde, die mit den verschiedensten Anilinfarben gefärbt war.

Die Krankheit begann 2 Jahre vor dem Spitaleintritt mit Schmerzen in den verschiedensten Gelenken, Kältegefühl im linken Arm, Zuckungen an einzelnen Muskeln, Abmagerung erst der linken, später der rechten Hand, weiterhin sämmtlicher Extremitätenmuskeln.

Auch diese Kranke bot das Bild der progressiven Muskelatrophie dar. Nur bestand am linken Unterschenkel und am linken Fuß hochgradige Anästhesie und Analgesie.

Faradische Erregbarkeit theils herabgesetzt, theils erloschen. Galvanische Erregbarkeit überall herabgesetzt. Es nahm unter entsprechender Behandlung das Volumen einzelner Muskeln zu, allein ein Decubitus, den Pat. schon mit hereingebracht hatte, breitete sich immer mehr aus und führte schließlich zum Tode.

Die chemische Untersuchung des Harns hatte einen deutlichen Arsenspiegel ergeben, damit war die Diagnose gesichert, dass es sich um eine Metallvergiftung handelte, die sich Pat. wahrscheinlich durch Beschäftigung mit den arsenhaltigen Anilinfarben zugezogen hatte.

Seifert (Würzburg).

---

450. G. Ballet. Pseudo-scarlatine et Pseudo-Rougeole éruptions scarlatiniforme et Rubéoliforme au cours d'états infectieux. Scharlach- und masernförmige Ausschläge im Verlauf von Infektionserkrankungen.

(Archives génerales de médecine 1882. Sept. p. 272.)

Im Verlauf einer Urethralblennorrhoe bei einem Manne trat fast 2 Monate nach der Infektion eine Orchitis auf, an welche sich nach weiteren 4 Wochen unter Erscheinungen einer akuten Infektionskrankheit ein eigenthümlicher Exanthemausbruch anschloss. Die Temperatur stieg bis 40,5, fiel am andern Tage auf 39,5 und war am 6. Tage normal. Mit dem Beginn des Temperaturabfalles am 4. Tage zeigte sich auf dem Abdomen der Vorderfläche des Thorax ein typisches Scharlachexanthem. An den Extremitäten war das Exanthem weniger ausgedehnt und charakteristisch, mehr wie für ein Masernexanthem. Die Erscheinung bestand 24 Stunden und folgte

einer Desquamatio furfurosea ohne Betheiligung des Handtellers und der Fußsohle. 6 Tage nach Beginn der Erkrankung war Pat. völlig Rekonvalescent. B. bezieht diese Beobachtung, welche er auf Grund des eigenthümlichen Verlaufes als Pseudoscarlatina bezeichnet, auf eine allgemeine Infektion in Folge maligner Blennorrhoe.

Der zweite Fall betrifft eine 26jährige junge Frau, welche 14 Tage nach der Entbindung, nachdem das Wochenbett bis dahin völlig normal gewesen, plötzlich eine Lungenembolie erlitt, an welche sich ein pleuritischer Erguss anschloss (blutiges Sputum bestand ca. 14 Tage, der Erguss ca. 3½ Monate). Im Verlauf dieser Zeit, ca. 2½ Wochen nach der Entbindung, entstand an der linken Mamma eine circumscripte Phlegmone, welche nach Incision heilte. 11 Tage später, als der Abscess nahezu geheilt, das Exsudat in Resolution begriffen war, trat ein Fieberanfall auf mit Schnupfen und Thränen der Augen und wurde am folgenden Tage auf dem linken Arm ein Masernexanthem beobachtet, das bis zum Abend sich über den ganzen Körper erstreckte. Das Exanthem bestand 24 Stunden und verschwand am folgenden (3.) Tage. An diesem selben Tage aber trat Abends ohne irgend nachweisbare Ursache unter heftigem Jucken eine Urticaria-Eruption auf am linken Vorderarm, Gesicht und unteren Extremitäten. Während 3 Tagen wiederholte sich dieser Urticaria-Ausbruch jeden Abend und verschwand dann unter völliger Genesung der Pat. B. reiht diesen Fall den mehrfach beobachteten puerperalen Exanthemen an, trotzdem die Beobachtung in eine bereits vorgerücktere Zeit nach dem Puerperium fällt, und bezeichnet ihn als Pseudo-Morbillen, indem er, abgesehen von dem atypischen Verlaufe, dem Auftreten im Anschluss an eine entschieden puerperale Erkrankung, nachweisen konnte, dass Pat. bereits in der Jugend Masern absolvirt hatte.

Lorent (Bremen).

---

451. S. A. Gibson. The Cephalic Murmur. Blutgeräusche am Kopf.

(The Birmingham medical review 1882. Oktober.)

Verf. greift aus einem größeren Material fünf typische Fälle von Erwachsenen, die mit diesem Symptom behaftet waren, heraus. Das Symptom trat bei den verschiedenartigsten Krankheitszuständen auf — Struma, Chlorosis, Menorrhagie, Hämorrhoiden und Carcinom — alle Pat. hatten jedoch das Gemeinsame, dass sie anämisch waren. Am deutlichsten ist das Geräusch über der Orbita, dem Processus mastoideus und der Protuberantia occipitalis; der Charakter ist systolisch blasend, etwas gegen den Carotispuls verspätet. Wenn es nicht schon an der Orbita am lautesten ist, so erreicht es seine größte Intensität immer in der Gegend des Hinterhaupts. Es ist immer gleichzeitig Bruit de diable zugegen, am Herz kann systolisches Geräusch zugleich sein oder fehlen. Verf. fasst das Geräusch als Venengeräusch auf, eben so wie man die anämischen Venengeräusche am Hals

auffasst, der systolische Charakter rührt von einer plötzlichen Beschleunigung her, die der Venenstrom in der Schädelhöhle während der Systole erhöht. Die Punkte der größten Intensität entsprechen dem Verlauf des großen Sinus und dicken Knochenschichten, die den Schall besser leiten, daher die lauteste Stelle auf der Protuberantia occipital über dem Forcular therophili. Auch bei Kindern nimmt Verf. Konstitutionsanomalien mit anämischer Blutbeschaffenheit an.

Ludwig (London).

---

452. **Schuchardt** (Bonn). Über Gewichtsveränderungen nach epileptischen Anfällen.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. XXXIX. Hft. 2 u. 3.)

Zur Prüfung der Ergebnisse Kowaleski's (Arch. für Psych. Bd. XI) in dieser Frage nahm Sch. in der Provinzial-Irrenanstalt zu Andernach an 6 Epileptikern 1 Jahr lang jede Woche und nach jedem Anfall Wägungen vor; eben so bei 10 männlichen und 1 weiblichen Epileptischen 16 Tage lang täglich und nach jedem Anfall; sodann zur Vergleichung bei einem Fall von progressivem Blödsinn, einem chronischen Alkoholisten mit periodischen Tobsuchtsanfällen und 3 Geistesgesunden. Nach specieller Ausführung der einzelnen Fälle kommt S. zu dem unzweifelhaften Schlusse, dass die epileptischen Anfälle keinen Einfluss auf das Körpergewicht ausüben; denn meist war das Gewicht nach dem Anfall wie vor demselben dasselbe, oder es war sogar etwas höher; Gewichtsverluste kamen äußerst selten zur Beobachtung und stets nur minimale, die sich auf Stuhl- und Urinentleerung zurückführen lassen, mit Ausnahme von zwei Fällen, in welchen aber mehrere Tage keine Nahrung genommen wurde. In den Anfallzeiten wie auch in den anfallsfreien Zeiten zeigte das Körpergewicht geringe Tagesschwankungen, wie diese aber auch bei anderen Kranken und bei Geistesgesunden vorkommen. Der Gewichtsverlust nach Anfällen ist demnach kein sicheres Symptom der Epilepsie. (Cf. dieses Centralblatt p. 230 u. 334, III. Jahrg.)

Oebeke (Endenich).

---

453. **S. Th. Stein** (Frankfurt a|M.). Die allgemeine Elektrisation des menschlichen Körpers. Elektrotechnische Beiträge zur ärztlichen Behandlung der Nervenschwäche (Nervosität und Neurasthenie), so wie verwandter allgemeiner Neurosen.

Halle a/S., 1882. 72 Seiten.

Der erste Theil dieser Monographie behandelt die allgemeine Faradisation und Galvanisation des menschlichen Körpers. Verf. führt die Wirkung der allgemeinen Faradisation auf eine »molekular-mechanische« (im Gegensatz zur »elektrisch-dynamischen«) Beeinflussung der

gesammten Körperoberfläche, »auf eine regulirende Veränderung einer für uns auf unbekannten Ursachen beruhenden Irregularität der molekularen Bewegungen im Nervensystem« zurück. Zur Ausübung dieser Methode sind Induktionsapparate von vorzüglicher Mechanik erforderlich, welche den während der Sitzung häufig erforderlichen Wechsel der Stromstärke und der Stromunterbrechungen ermöglichen. Es werden verschiedene solche Apparate mit Unterbrechungsvorrichtungen von Onimus, Trouvé und Stöhrer beschrieben und illustrirt, weiterhin der vom Verf. zur allgemeinen Galvanisation gebrauchte Apparat mit 50 Calland'schen Elementen, so wie Stöhrer's großer kombinirter elektrotherapeutischer Apparat für Specialisten, endlich eine Stöhrer'sche transportable Batterie, bei welcher die erregende Flüssigkeit durch Schiefstellen des ganzen Elementenkastens mit den Metallen in Berührung gebracht wird. Zum Begehen der ganzen Körperoberfläche bedient sich St. einer als Elektrode dienenden mit Waschleder überzogenen Kohlenrolle (»Elektrotherapeutische Massirrolle«) oder einer sich selbst befeuchtenden Elektrode.

Die von Beard und Rockwell eingeführte Methode der allgemeinen Faradisation hat Verf. bei verschiedenen Leiden in einer vereinfachten Modifikation (s. Original), die allgemeine Galvanisation nur bei Spinalirritation angewandt. Bei länger dauernder, allgemeiner galvanischer Applikation setzt er die Pat. auf seinen »Elektrisirstuhl«, mittels dessen Elektroden an verschiedenen Körperstellen angedrückt werden, ohne dass sie der Operateur in die Hand zu nehmen braucht.

Von 39 Fällen von cerebraler und spinaler Neurasthenie, so wie von neurasthenischen Erkrankungen der sympathischen Nervenkomplexe der Unterleibshöhle und von neurasthenischen Chlorosen, die mit allgemeiner Faradisation behandelt wurden, sind sechs nach verschiedenen Applikationsmethoden behandelte Fälle genauer angeführt zur Kennzeichnung der elektrotherapeutischen Technik. Verf. führt die Neurasthenien auf Erkrankungen des Sympathicus und seiner Geflechte zurück und hält die allgemeine Faradisation für »ein Specificum gegen diese Formen der Angioneurosen«. In 29 Fällen waren die Erfolge positiv, in dreien negativ, sieben entzogen sich zu früh der Behandlung.

Die allgemeine Faradisation oder Galvanisation im elektrischen Bade, von welcher der zweite Abschnitt handelt, ist eine einfachere, nicht zeitraubende und dennoch brauchbare Methode der allgemeinen Elektrisation.

Das faradogalvanische Bad, welches nach St.'s Angaben in einer Frankfurter Badeanstalt eingerichtet worden ist, besteht aus einer hölzernen, doppelwandigen Badewanne, zwischen deren Wandungen an mehreren Stellen die stromzuführenden Kupferplatten angebracht sind. Damit das Wasser mit letzteren in Berührung treten kann, ist die innere Wand mehrfach durchbrochen. Als galvanische Batterie dienen 50 Kupferzinkelemente, wie sie in der deutschen Reichstelegra-

phie gebräuchlich sind, zur Faradisation ein Du Bois-Reymond'scher durch eine Noë'sche Thermosäule getriebener Schlittenapparat. Ferner gehören zur Einrichtung ein Stromwender, zwei Stromwähler und (zur Applikation außerhalb des Bades) ein Flüssigkeitsrheostat. Mittels dieser Vorrichtungen wird eine gleichzeitige elektrische Umspülung des ganzen Körpers (allgemeine Elektrisation) ausgeführt. Zur lokalen Elektrisation im Wasser wird eine schaufelartige Elektrode (Platten von verschiedener Größe) an einem isolirenden Handgriff gefasst und in mehr oder weniger großer Entfernung von der Applikationsstelle ins Bad eingetaucht. Durch Annäherung und Entfernung dieser Elektrode wird eine Anschwellung oder Abschwellung der Ströme bewirkt. Auch andere Methoden der Applikation (elektrische Massage, elektrische Dusche) lassen sich im Bade leicht ausführen.

Die tonisirenden Wirkungen der Hydro-Elektrotherapie, insbesondere der faradischen, sind folgende: »Besserer Schlaf, rasche und bleibende Wiederkehr des Appetits bei nervöser Dyspepsie, Regelung der Funktionen des Darmkanals, Linderung neuralgischer Schmerzen, Beseitigung der Gemüthsverstimmung, und Zunahme des Körpergewichts durch eintretende bessere Ernährung, so wie als Gesammtresultat der Behandlung die sichtliche Mehrung der Fähigkeit zu geistiger und körperlicher Arbeit.«

Im dritten Theil seiner Monographie bespricht St. die sogenannte Franklin'sche und das elektrostatische Bad. Er führt die Anwendung der allgemeinen Elektrisation des menschlichen Körpers mittels statischer Elektricität zurück auf Franklin's Theorie (1752), nach welcher jeder Körper eine gewisse Quantität elektrisches »Fluidum« besitzt, welches, für gewöhnlich im Zustande des Gleichgewichtes, durch Vermehrung als positive, durch Entziehung als negative Elektricität in die Erscheinung tritt. Durch das sogenannte elektrostatische Luftbad wird nun der Oberfläche des Körpers ($^1/_4$ bis 1 Stunde lang) elektropositive Ladung zugeführt, welche bei Kranken ein äußerst behagliches Gefühl erzeugt, während die negative Ladung in entgegengesetzter Richtung wirkt. Unter Hinweis auf die atmosphärische Beeinflussung der Empfindung nervöser und sensitiver Personen (Unbehagen, Exacerbationen rheumatischer und neuralgischer Schmerzen bei herannahendem Sturm, Gewitter etc.), welche Wislicenus aus einem Umschlag der gewöhnlich positiven atmosphärischen Elektricität in negative erklärt, glaubt St. die (auf der Salpêtrière in Hunderten von Fällen erwiesene) heilende Wirkung der positiven Franklinisation durch eine Wiederkehr des gestörten elektrischen Gleichgewichts im Organismus von Nervenkranken erklären zu müssen, und zwar durch eine »Regulirung der gestörten positiven Spannung«, die nach seinen früheren Untersuchungen normalerweise an der Körperoberfläche vorhanden ist.

Da, wo es sich um lokale Applikation, z. B. Auslösung von Nerven- und Muskelkontraktionen handelt, ist der Induktionsstrom eben so brauchbar; für Hautreize aber ist der statische Unterbrechungs-

strom vorzuziehen, den man auf jeden Körpertheil durch die Kleider hindurch wirken lassen kann; wo es endlich nicht auf lokale Erregungen, sondern auf allgemeine Influenzwirkungen ankommt, ist die Franklinisation durch keinen Induktionsapparat zu ersetzen.

Zum elektrostatischen Instrumentarium, welches Verf. genauer beschreibt und illustrirt, gehört vor Allem eine Influenzmaschine, und zwar entweder eine Holtz'sche und zu deren Erregung eine kleine Elektrisirmaschine mit Leydener Flasche, oder eine selbsterregende Voss'sche Influenzmaschine. Von diesen aus lässt man die Elektricität, je nach der Anwendung verschiedener Nebenapparate, als kontinuirlichen Strom, oder durch Entladungen (elektrostatische Erschütterung) oder als Spitzenwirkung und Ozoninhalation auf den Pat. einwirken, der auf einem Isolirtabouret sitzt. Eine nach des Verf.s Modifikation konstruirte Holtz'sche, so wie die Voss'sche Influenzmaschine besitzen den Vorzug, dass sie selbst bei feuchter Witterung äußerst selten versagen. In einem über die Maschine gestülpten Glaskasten wird übrigens die Austrocknung der Luft durch Chlorkalium besorgt. Zur Erzielung eines geräuschlosen, regelmäßigen Ganges der Influenzmaschine dienen am besten ein Magnet- oder Elektromagnetmotor, ein Wassermotor oder ein Rotationsauftriebmotor von Hahn, deren Beschreibung im Original nachzusehen ist. Natürlich kann der Betrieb auch durch Menschenkraft, oder wo mehrere Apparate gleichzeitig in Gang gesetzt werden, wie in der Salpêtrière (Charcot und Vigouroux), durch Dampf- und Gasmotoren geschehen.

Die auf der Salpêtrière, wo die statische Elektricität seit Jahren mit sechs gleichzeitig angespannten Maschinen angewendet wird, erzielten günstigen Resultate beziehen sich in erster Linie auf allgemeine Neurosen, hysterische und hystero-epileptische Erkrankungen, in zweiter Linie Tremor, Paralysis agitans, Chorea, Epilepsie, Hautanästhesie und gewisse Neuralgien, so wie alle diejenigen Krankheitsformen, welche mittels des faradischen Pinsels behandelt zu werden pflegen. Die Erfahrungen St.'s erstrecken sich theils auf gesunde Individuen, theils auf 23 Nervenleidende, unter denen 9 mit negativem, 14 mit positivem Erfolge behandelt wurden. Es wurden geheilt: 2mal Hysterie, 1mal Epilepsie, 1mal Chorea, 2mal Schlaflosigkeit, 2mal Kopfdruck, 1mal Tremor, 1mal veraltete Ischias, 1mal Tic douloureux, 1mal Anästhesie, gebessert 1mal Chorea, 1mal Schlaflosigkeit, ungebessert blieben 6 Fälle von Neurasthenie, eine Hysterie und zwei Epilepsien. Bei der Neurasthenie hält Verf. daher die Franklinisation für kontraindicirt, andere therapeutische Regeln will er noch nicht aufstellen. Nach Vigouroux' Ausspruch soll die Indikation der Anwendung statischer Elektricität im Allgemeinen dieselbe sein, wie für die Hydrotherapie, die Wirkung der ersteren aber viel rascher eintreten.

Im vierten Abschnitte werden eine Anzahl elektrotherapeutischer Apparate unter besonderer Berücksichtigung ihrer Pflege besprochen. Zum Betriebe von Induktionsapparaten empfiehlt St. neben den

Grennet'schen und Stöhrer'schen Tauchelementen besonders die Noë'sche Thermosäule wegen ihrer Sauberkeit, Einfachheit und Konstanz. Bei Besprechung der galvanischen Apparate beschreibt er das von ihm selbst gebrauchte Trouvé-Calland'sche und das von der deutschen Telegraphenverwaltung verwendete modificirte Meidinger-sche Element. Zu galvanokaustischen Zwecken, und zum Betriebe der Magnetmotoren (und dadurch der Influenzmaschinen), empfiehlt Verf. Bunsen'sche und noch mehr Grove'sche Elemente, bei welchen er zur Vermeidung der salpetrigsauren Dämpfe der Salpetersäure etwas doppeltchromsaures Kali hinzufügt. Den Schluss der Abhandlung bildet die Pflege der Magnetmotoren und Influenzmaschinen.

Stintzing (München).

---

454. **E. Maragliano** (Genua). Über die abkühlende Wirkung der Leiter'schen Röhren.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1882. No. 41.)

Versuche über das Abkühlungsvermögen der Leiter'schen Röhren ergaben:

1) Wenn die Leiter'schen Röhren am Rumpf von vorn und von hinten in einem Umfang von 30—40 cm aufgelegt werden und man darin Wasser von 2—4° C. cirkuliren lässt, so erhält man eine progressive Temperaturerniedrigung derart, dass im Verlauf von 3—4 Stunden die Temperatur der Achselhöhle um 3—4° C. sinkt.

2) Das in den Röhren cirkulirende Wasser kann dabei bis auf 16—18° C. steigen. Die Röhren sind also ein wirkliches Abkühlungsmittel. Doch ist bei ihrer Anwendung große Aufmerksamkeit nöthig, da während derselben die Temperatur stets kontrollirt werden muss, um zu große Temperaturerniedrigungen zu vermeiden.

Kopp (Wien).

---

455. **Emil Pfeiffer** (Wiesbaden). Verschiedenes über Muttermilch.

I. Das Verhalten der Muttermilch gegen verdünnte Säuren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 44.)

Nach Biedert bringen Säuren bei frischer Muttermilch keine Koagulation zu Stande, wie bei Kuhmilch; jedoch beobachtete Biedert bei verschiedenen Versuchen, dass 1—2 Tropfen Verdauungssalzsäure (0,1% wasserfreier Salzsäure enthaltend), zu $^1/_2$ ccm Frauenmilch hinzugesetzt, dieselbe gerinnen macht. Er glaubt, dass dies nur bei nicht ganz frischer Milch Statt fände. Verf. zeigt, dass auch ganz frische Muttermilch durch verdünnte Salzsäure zur Gerinnung gebracht werden kann; nur ist die Menge der zu gebrauchenden Salzsäure für jede Muttermilch eine andere.

Man versetzt 2 ccm frischer Muttermilch in einem Reagensglas mit 2 Tropfen verdünnter Salzsäurelösung (2,2 g der officiellen Salz-

säure in 100 g Aq. destill.). Darauf bringt man das Röhrchen in ein Wasserbad von 50—55° R. Tritt nach 5 Minuten keine Gerinnung ein, so werden wieder 2 ccm Milch in einem anderen Röhrchen mit 3 Tropfen Salzsäure versetzt, wenn wieder keine Gerinnung eintritt, so wird eine neue Probe mit 4 Tropfen gemacht und so fort, bis die Gerinnung erfolgt. Bisweilen tritt dieselbe erst bei 6 oder 7 Tropfen ein. Ist die zur Gerinnung nothwendige Salzsäuremenge festgestellt, so ist die Temperatur von 50—55° überflüssig, es genügen schon 28° R. Die Menge der Salzsäure kann etwas überschritten werden, jedoch zu viel Säure verhindert die Koagulation. Wie verdünnte Salzsäure verhält sich auch verdünnte Essigsäure (1 Theil koncentrirter Essigsäure auf 50 Theile Aq. destill.). Bei 4 Tropfen auf 2 ccm bei 50° R. tritt gewöhnlich die Koagulation ein. Milchsäure und die anderen Säuren wurden nicht untersucht. Die Versuche wurden mit Milcharten aus allen Perioden des Stillens und von allen Konstitutionen herstammend stets mit demselben Erfolg ausgeführt. Es wurde festgestellt, dass frische Kuhmilch sich gegen die beiden genannten Säuren im Ganzen ähnlich verhält, wie Menschenmilch, d. h. dass bei einem für jede Kuhmilchsorte ganz bestimmten Säurezusatz die Koagulation beginnt, sich bei weiterem Zusatz erhält, und dann wieder verschwindet, indem die Gerinnsel sich wieder lösen. Dadurch wird die Muttermilch in gewisser Beziehung der Kuhmilch wieder angenähert, ferner geht aus den Versuchen hervor, dass Muttermilch im kindlichen Magen auch noch ohne Lab gerinnen kann. Die Menge der zur Gerinnung nothwendigen Säure steht in einem gewissen Verhältnisse zu der Menge des in der Milch vorhandenen Kaseïns.

II. Die quantitative Bestimmung des Kaseïns der Muttermilch.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 45.)

Die bisher ausgeführten Methoden zur Bestimmung des Kaseïns der Muttermilch nach Simon, Taraszkewicz, Biedert lassen eine Scheidung von Kaseïn und Albumin nicht zu, sie bestimmen die Gesammteiweißstoffe der Milch. Verf. giebt eine andere Methode an: Nachdem man gefunden hat, wie viel 0,4%ige Salzsäure 2 ccm Muttermilch im Wasserbade von 50—55° R. gerinnen macht, nimmt man 10 g der Muttermilch und wiegt dieselbe in einem Reagensgläschen auf einer guten Wage. Mit dem Fünffachen der vorher gefundenen Salzsäuremenge werden die 10 g Muttermilch gut gemischt und in das Wasserbad von 50—55° R. gesetzt. In demselben nun nicht mehr geheizten Wasserbad bleiben sie während 20—30 Minuten und erkalten dann während einigen Minuten noch außerhalb desselben vollständig.

Die Gerinnsel sind bei richtiger Füllung in der oberen Hälfte des Röhrchens. Der ganze Inhalt wird nun auf ein gewogenes doppeltes Filter gegossen. Die ersten Tropfen sind gewöhnlich trüb. Escheinen die ersten klaren Tropfen am Trichter, so werden die zu-

erst durchgelassenen trüben wieder in das Reagensröhrchen gebracht und dasselbe zum Abspülen der noch vorhandenen Kaseïnflocken geschüttelt und wieder auf das Filter gebracht. Nachdem Alles abgelaufen, wird das Filter mit 20—25 ccm destillirtem Wasser abgewaschen; die ersten separirt aufgefangenen Tropfen dieses Wassers werden ebenfalls nochmals auf das Filter gebracht. Läuft Alles klar durch, so kann das erste Filtrat und das Waschwasser vereinigt werden. Nachdem auch dies durchgelassen, wird das Filter getrocknet und von Butter durch einen Ätherextraktionsapparat befreit. Der Rest ist das Kaseïn. Die vereinigten Filtrate geben beim Kochen entweder eine Trübung, oder einen flockigen Niederschlag, der filtrirt, ausgewaschen und gewogen werden kann. Ist nur eine Trübung vorhanden, so tritt erst Klärung nach mehrmaligem Durchgießen durch das Filter ein. Dieser Niederschlag ist das Albumin. Gewöhnlich sind in dem letzten Filtrate noch Spuren von Eiweißkörpern gelöst, die durch Fällung mit 2 ccm einer 10%igen Tanninlösung abfiltrirt, ausgewaschen und bestimmt werden können. Ob dieser »Eiweißrest« aus Kaseïn, Albumin, peptonartigen Körpern oder aus allen zusammen besteht, will Verf. nicht entscheiden. Die Methode ermöglicht demnach die Bestimmung des Kaseïns, Albumins, des Eiweißrestes, der Butter, jedes für sich. **Kohts** (Straßburg i/E.).

---

456. J. **Uffelmann** (Rostock). Über eine Frauenmilch, welche sich in der Verdauung wie Kuhmilch verhielt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 45.)

Eine 24jährige junge, vor 11 Wochen zum ersten Mal niedergekommene, etwas anämische Frau fühlte sich durch das Stillen ihres Kindes etwas angegriffen, aber sonst gesund. Sie nimmt täglich in Milch, Mehl-, Eier-, Fleischspeisen ein Eiweißquantum von 160,0 g zu sich und verdaut normal. Das Kind, 4050,0 g schwer, blass, nicht welk, nimmt täglich 5mal die Brust. Trotzdem ist die Verdauung schlecht, die Fäces sind dünn, gelblich, mit Schleimfetzen und Kaseïngerinnsel durchsetzt. Das Kind erbricht fast jedes Mal, nachdem es getrunken. Das Erbrechen besteht, wenn mehr als 20 Minuten vergangen sind, aus mehreren dicklichen Gerinnseln von der Größe einer Erbse oder Bohne, von größerer Konsistenz und klumpiger Beschaffenheit, als sie bei natürlich ernährten Kindern sind. Die Muttermilch ist weiß, weißgelblich, süß, reagirt neutral, nicht rein alkalisch. Das specifische Gewicht beträgt 1038. Sie rahmte leicht beim Stehen auf und wurde rasch sauer, besonders, wenn sie 8 bis 9 Stunden bei 18—20° C. gestanden hatte. Mikroskopisch wurden fast keine punktförmigen aber auffallend viele große Milchkügelchen wahrgenommen, die Fleischmann besonders bei alten, fiebernden, menstruirenden Wöchnerinnen fand. Kolostrumkörperchen waren nicht vorhanden. Die chemische Untersuchung ergab:

Trockenrückstand	von	10 ccm	1,142 =	11,42 %
Proteingehalt	»	10 »	0,261 =	2, 6 %
Fettgehalt	»	10 »	0,380 =	3, 8 %
Zuckergehalt	»	10 »	0,472 =	4, 7 %
Salzgehalt	»	10 »	0,029 =	0,29 %.

Verf. vermischte nun 7,5 ccm Milch mit der gleichen Menge einer 2 %igen Salzsäurelösung und 0,075 Pepsin bei einer Temperatur von 40° C. Schon bei der Mischung fand eine staubförmige Ausfällung Statt; nach 10 Minuten entstanden dicklich käsigweiße Gerinnsel in einer molkenfarbigen Flüssigkeit. Dieselben sind äußerlich nicht von Kuhmilchgerinnsel zu unterscheiden. Erst 3 Stunden nach Beginn des Versuchs waren sie zum Theil aufgelöst. Bei einem zweiten und dritten stellte sich das Nämliche heraus. Die weißlichen Klümpchen der Fäces enthielten Fetttröpfchen, Proteïnsubstanz und viele Kokken. Das Abnorme der Muttermilch charakterisirte sich demnach durch die rasche Säurung und das Verhalten bei der Verdauung. Es muss hier eine Modifikation des Kaseïn vorgelegen haben, denn das dargestellte Kaseïn war nach sorgfältiger Behandlung gelbweiß, schwach sauer, wie Kuhkaseïn. Dies veranlasste wohl die schlechte Verdauung; wodurch jedoch letztere zu Stande kam, konnte Verf. nicht eruiren. Der Kalkgehalt kann nicht die Gerinnung der Milch beeinflusst haben, da derselbe die Norm nur sehr wenig überschritt.

Kohts (Straßburg i/E.).

---

457. **A. Linnis** (Athen). Du Role de la Dentition dans la Pathologie enfantine.

(Mémoire lu au congrès des médecins hellènes tenu à Athènes en 1882. April.)

Verf. benutzt als Ausgangspunkt seiner Schlüsse die Mortalitätsliste in Athen von Kindern zwischen 0—2 Jahren während der Zeit von 1864—1871 (2662 Todesfälle). Es stellte sich heraus, dass die Mortalität in Folge von Diarrhoen, Konvulsionen, Meningitis, Erkrankungen der Respirationsorgane sich mit jeder semestrellen Periode verminderte, während bei etwaiger Beeinflussung durch die Dentition, wenigstens im 2. und 3. Semester eine Zunahme der Mortalität hätte eintreten müssen. Verf. geht darauf auf seine klinischen Beobachtungen ein. Einen Zusammenhang der Dentition mit Meningitis und Eklampsie hat Verf. nicht feststellen können, er hebt dabei die musterhafte Nüchternheit der Bevölkerung hervor, und bemerkt, dass die Hysterie eine relativ seltene Krankheit in Athen ist. Endlich hebt er noch hervor, dass Helminthiasis in Athen eine seltene Krankheit ist. Alles dieses erklärt mit die geringe Disposition für nervöse Erkrankungen. Einen Zusammenhang der Dentition mit Affektionen der Respirationsorgane konnte Verf. ebenfalls nicht konstatiren. Die Resultate der Studien und Beobachtungen des Verf.s gipfeln in folgenden Sätzen: 1) Die Dentition prädisponirt bei Kindern oft zu Diarrhoen, um jedoch eine schwere Diarrhoe zu erzeugen.

sind zwei andere Ursachen nothwendig, höhere Temperatur der Luft, frühzeitige Entwöhnung, und Ernährung mit unzweckmäßigen Nahrungsmitteln. In einzelnen Fällen ist die akute Stomatitis im Verlauf der Dentition Ursache einer sehr schweren Diarrhoe. 2) Die Dentition scheint in Athen in keiner ätiologischen Beziehung zu Erkrankungen des Nervensystems und der Respirationsorgane zu stehen.

Kohts (Straßburg i/E.).

---

458. **Wernich** (Berlin). Studien und Erfahrungen über den Typhus abdominalis.

(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. V. Hft. 2.)

(Schluss zu No. 22, p. 307 dieses Centralblattes.)

III. Die Behandlung der Ileotyphen mit Rücksicht auf die Pathogenese des Einzelfalles.

Auf keinem Gebiet der Therapie finden sich größere Schwankungen der auf dem Wege praktischer Erfahrung erworbenen Ansichten; nicht etwa im Verlaufe längerer Jahre, sondern vielmehr innerhalb einzelner Epidemien sehen wir, wie mit der Behandlung gewechselt wird. So ist auch noch immer keine klare Beurtheilung des Werthes der Kaltwasserbehandlung erzielt worden; und doch leuchtet aus dem Streite hervor, dass die Hydrotherapie an vielen Orten den Typhus günstig beeinflusst hat. W., der Anfangs vollständig auf Seiten der Kaltwasserbehandlung stand, theilt seine Erfahrungen mit; hauptsächlich die Behandlung kranker Japaner nöthigte ihn zu dem Schlusse, dass das Herabdrücken der Temperatur im Typhus noch bei Weitem nicht gleichbedeutend ist mit einer günstigen Einwirkung auf den Verlauf der Krankheit; ja die bösesten Wendungen im Krankheitsverlaufe und die gefürchtetsten Hirnerscheinungen standen hier mit den promptesten und bleibendsten Temperaturherabsetzungen in unabweisbarer Parallelität. Daraus folgt also, dass das Dogma: man müsse beim Typhus in erster Reihe auf die Herabminderung der Temperatur bedacht sein, absolut falsch ist. Einen Theil der Typhuskranken behandelte W. mit dem vielfach empfohlenen Alkohol; es wurde ihm dadurch zugleich Gelegenheit geboten, vergleichende Gewichtstabellen aufzustellen, die für die Kaltwasserbehandlung weniger gute Resultate ergaben; es entstand ja auch gleichzeitig mit der Hydrotherapie das Problem, die Typhuskranken unter allen Umständen sehr gut ernähren zu sollen. Kurz, die Erfahrungen nöthigten W. von der forcirten Entwärmung Abstand zu nehmen, in keinem Falle war die anhaltende Entwärmung irgend wie gleichbedeutend mit einer Besserung des Typhuszustandes und Verlaufes.

Mit Benutzung der reichlichen Litteratur bespricht Verf. die noch sonst empfohlenen Behandlungsmethoden; alle sind sie nicht für jeden Typhusfall geeignet. Denn bei einem so verschieden entstehenden und so mannigfach ablaufenden Vorgang kann unmöglich dasselbe therapeutische Agens dieselben Effekte haben. Und so werden denn zum Schlusse folgende Thesen aufgestellt:

1) Eine kausale Behandlung der Abdominaltyphen ist nur mit Berücksichtigung der jedesmaligen Entstehung möglich. Nahrungstyphoide müssen durch Evacuation des Darmes (mit Kalomel) und innerliche Abreichung antiseptischer Mittel behandelt werden; Ansteckungstyphen sind prophylaktisch mit kleinen Dosen Chinin, — Typhomalarien mit großen Dosen Chinin oder Salicylpräparaten, — idiopathische Typhen durch rechtzeitige Darreichung von Abführmitteln und absolute Nahrungsentziehung zu behandeln.

2) Wo die Fälle erst dann zur Behandlung kommen, wenn eine die Entstehung berücksichtigende Therapie zu spät ist, oder die Entstehung selbst nicht zu eruiren ist, dann behält die symptomatische Typhusbehandlung ihre Berechtigung. Obenan steht jedoch nicht die Verhinderung des Überganges der Darmmykose in eine allgemeine Sepsis. Dieselbe ist, nachdem die Invasion der Typhuserreger perfekt geworden ist, am ehesten durch große Gaben Alkohol zu erzielen. Für das zweite Stadium — das der intravaskulären Konglomeration giebt es keine allgemeinen Grundsätze; hier leiten sich die Indikationen aus den jedes Mal ergriffenen Organen ab. Die Anwendung der Entwärmungsmethoden ist in diesem Stadium um so weniger indicirt, als dasselbe meistens sehr deutliche Remissionen bereits aufweist. — Die symptomatische Behandlung durch Entwärmung — und zwar selbstverständlich durch ihre mildeste Form, die protahirten warmen Vollbäder — findet vielmehr nur da ihre Anzeige, wo der Typhuskranke objektiv und subjektiv ein großes Bedürfnis nach Entwärmung zeigt und außerdem — seinem Totalzustande und dem Verhalten seiner Verdauungsorgane nach — die Garantie darbietet, dass ihm ein Ausgleich der sehr bedeutenden Konsumption, welche den Wärmeentziehungen folgt, möglich sein wird.

3) Hiernach stellt sich das Verhältnis zwischen Entwärmung und Ernährung der Typhuskranken nicht so, dass man die letztere, koste es was es wolle, entwärmen und nachher den ungeheuren Ausfall im Stoffwechsel durch vermehrte Nahrungsdarreichung decken müsse. Es muss auf große Schonung des Darmes Rücksicht genommen werden. Nachschübe und Wiederholungen der die Darmdrüsen immer von Neuem attackirenden Typhuserreger sind ja mit einer gewissen Regelmäßigkeit an die Aufnahme fester Nahrung resp. an die Wiederanfüllung des Dünndarmrohres geknüpft. Es handelt sich demnach einmal um die Beseitigung des gefahrdrohenden Inhaltes des typhuskranken Darmes, anderseits darum, dass der unvermeidlich sich ansammelnde Darminhalt möglichst unschädlich zusammengesetzt ist. Daher soll man Eiweißsubstanzen (Fleisch, Eier, Milch), in denen die Typhusbacillen sich am sichersten erhalten und vermehren, ganz aus der Ernährung Typhuskranker ausschließen, resp. die Ernährung tagelang rein aus Wasser und Alkohol bestehen lassen. Eine solche Sperrung der Körpereinnah-

men ist natürlich nur dann durchzuführen, wenn man von dem durch die Krankheitserreger bereits konsumirten Organismus nicht noch weitere kostspielige Luxusausgaben verlangt. Solche werden aber gefordert durch die forcirten Entwärmungsmethoden.

Prior (Bonn).

---

459. **Ellenberger** (Dresden) und **Schütz** (Berlin). Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Veterinärmedicin.

Berlin, **August Hirschwald,** 1882.

Der vorliegende Bericht ist eine Erweiterung des im XVI. Jahrgange des Jahresberichtes über die »Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Gesammtmedicin von Virchow und Hirsch« enthaltenen Abschnittes »über Thierkrankheiten«. Derselbe erscheint seiner Bedeutung wegen einer besonderen Besprechung werth.

Ähnlich wie vor mehr als 30 Jahren durch die bahnbrechenden Arbeiten Virchow's auf dem Gebiete der experimentellen Pathologie eine ernste und nachhaltige Reform der Anschauungen über das Wesen gewisser Krankheitsprocesse herbeigeführt wurde, so eröffnen die neuesten Forschungen über die organisirten Krankheitserreger ein Entdeckungsgebiet, auf welchem wir demselben Ziele bereits abermals um ein Bedeutendes näher gerückt sind. Diese Forschungen werden für die klinische Medicin wie für die öffentliche Gesundheitspflege von durchaus umgestaltender Bedeutung sein und, wie sich voraussehen lässt, ihre bereits gewonnene Herrschaft für lange Zeit behaupten.

Abgesehen von einzelnen direkt am Menschen ausgeführten Versuchen haben die Vertreter der experimentellen Pathologie erkennen müssen, dass sie zunächst darauf angewiesen sind, ihr Orientirungs- und Versuchsmaterial von der Veterinärmedicin zu entlehnen. Was daher auf diesem Gebiete bisher erarbeitet wurde, verdanken wir nicht zu geringem Theile mit dem Umstande, dass auch die Veterinärmedicin sich mehr und mehr der exakten Forschung zugewendet hat und somit ein Zusammenwirken ihrer Vertreter mit denen der Menschenheilkunde auf dem Wege der Forschung wenigstens zur Thatsache werden konnte.

Von zweifellosem Vortheile für das Zustandekommen wie für die Förderung dieser nothwendigen Verbindung ist es gewesen, dass Virchow und Hirsch in ihren Jahresberichten schon seit Jahren den Ärzten eine bequeme Gelegenheit eröffnet haben, sich mit den Fortschritten der Veterinärmedicin, wenn auch nur im Allgemeinen, vertraut zu machen. Allein die aus mehrfachen Gründen kurz gehaltenen und stellenweise selbst lückenhaften Mittheilungen über diesen Gegenstand, welche in den erwähnten Jahresberichten bisher gegeben wurden, können — wie sich ohne Schmälerung ihres sonsti-

gen Werthes behaupten lässt —, aus den dargelegten Gründen für die Zwecke der Vertreter der Menschenheilkunde eben so wenig mehr genügen wie für den Veterinärarzt. Die vorliegende Leistung ist daher auch vom diesseitigen Standpunkte aus als eine durchaus zeitgemäße zu begrüßen.

In der Vorrede des Berichtes ist gesagt, dass in demselben alle beachtenswerthen Arbeiten, welche in veterinärmedicinischen Schriften des In- und Auslandes zur Veröffentlichung gelangen, berücksichtigt werden sollen.

Der Bericht enthält daher eine sehr umfassende und den verschiedenen Kapiteln vorangestellte Übersicht der laufenden Litteratur über den in Rede stehenden Gegenstand.

Wir beschränken uns darauf, kurz auf den Inhalt der den Mediciner zunächst interessirenden Kapitel einzugehen und verweisen, da eine verwerthbare Wiedergabe desselben an dieser Stelle nicht thunlich sein würde, auf den Originalbericht selbst.

Im Abschnitte »Allgemeines« des ersten Kapitels »über Thierseuchen« findet sich eine Reihe von Versuchen von Davaine zur Feststellung der Zeit, welche eingeimpfte Krankheitsgifte zur Resorption bedürfen. Nebenbei eine Notiz betr. Erkrankungen nach dem Genusse des Fleisches von Thieren, welche an Texasfieber litten.

Im Kapitel über Thierseuchen wird die Arbeit von Klebs über die Abwehr der Rinderpest des Näheren besprochen.

Das Kapitel über Milzbrand hat eine besondere Wichtigkeit in so fern, als darin der neuere Standpunkt und das pro et contra der bekannten Streitfrage über Abschwächung der Virulenz pathogener Organismen in sehr übersichtlicher Weise und so weit wiedergegeben ist, als das Jahr 1881 reicht.

Das Kapitel über Rauschbrand bringt vielfach interessante Daten über das Wesen dieser Krankheit, namentlich auch den von Arboin, Cornevin und Thomas gelieferten Nachweis, dass der Fötus während seiner Entwickelung im Uterus an Rauschbrand erkranken kann.

Im Kapitel über Lungenseuche werden die Resultate der Untersuchungen über die Wirkung der Schutzimpfung gegen diese Seuche vorgeführt. Im Kapitel »Pocken« finden sich Nachrichten über Beobachtung von Mikroorganismen im Pockensekret und im Blute pockenkranker Individuen. Das Kapitel über Rotz hat ein vorwaltend pathologisch anatomisches Interesse. Bei Tollwuth interessiren die Versuche Pasteur's über Verimpfung des Wuthgiftes und Ausbreitung desselben im Körper. Die im Kapitel über Maul- und Klauenseuche enthaltene Statistik über die Verbreitung dieser Krankheit ist in so fern beachtenswerth, als unzweifelhafte Fälle von Erkrankung beim Menschen nach dem Genusse der Milch von mit dieser Seuche behafteten Thieren zur Beobachtung gelangt sind. Die im Kapitel über verschiedene Infektionskrankheiten besprochene Arbeit von Johne über Aktinomykose ist besonderer Aufmerksamkeit werth.

Wir begegnen der Tuberkulose in diesem Berichte hoffentlich

zum letzten Male unter dem Kapitel über »chronische konstitutionelle Krankheiten«.

Die statistischen Mittheilungen über das Auftreten der Trichinose bei Thieren, beim Menschen und der ungewöhnlich häufige Nachweis von Trichinen in den importirten amerikanischen Fleischwaaren bilden einen dankenswerthen Inhalt des Kapitels über diesen Gegenstand.

Wir schließen mit dem Hinweis auf die im Kapitel über öffentliche Gesundheitspflege besonders interessirenden Berichte Pauli's über die Resultate der Fleischschau in Berlin und sprechen dabei den Wunsch aus, dass der nächstjährige Band des Jahresberichtes von Virchow-Hirsch den Herren E. und Sch. den für eine umfassendere Berichterstattung über die Thierkrankheiten erforderlichen Raum gewähren möge. **Struck** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

460. **Weiss** (Wien). Ein Fall von Embolie der Arterien des Lendenmarkes.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 42 u. 43.)

Ein 16jähriger Knabe, früher gesund, bekam während der Arbeit plötzlich heftigen Schmerz in den Kniebeugen, der sich nach der Magengegend und nach dem Rücken zu erstreckte. Pat. wurde kurz nachher an beiden Unterextremitäten gelähmt aufgefunden, es konnte dann auch Lähmung der Blase und des Mastdarms, Anästhesie der Haut der unteren Extremitäten und der Lendengegend konstatirt werden. Dabei die heftigsten Schmerzen in den Unterextremitäten während der nächsten drei Tage. Nach dieser Zeit ließen die Schmerzen nach, um nicht wiederzukehren, aber es stellte sich Decubitus am Kreuzbein und den Trochanteren ein. Vier Wochen nach Eintritt der Lähmung starkes Ödem der Beine.

Status bei der Aufnahme ins Spital, vier Monate nach Beginn der Erkrankung: Cephalische Störungen fehlen vollkommen. Wirbeldornfortsätze druckempfindlich, Wirbelsäule zuerst normale Konfiguration. Unterextremitäten anästhetisch, vorn bis zur Höhe des Lig. Poupart., hinten bis zur letzten Rippe. Muskulatur der Unterextremitäten atonisch, absolut gelähmt. Haut- und Sehnenreflexe erloschen. Harn geht unwillkürlich ab, Stuhlgang nur auf stärkste Drastik. Harn alkalisch, enthält Krystalle von phosphorsaurer Ammonik-Magnesia. Am Kreuzbein und Trochanter tiefgehender Decubitus.

Pat. kollabirte immer mehr, 8 Tage nach seiner Aufnahme ins Spital trat der Tod ein.

Während des Lebens war es schwierig, die Frage zu entscheiden, durch welchen pathologischen Process diese akute auf das Lendenmark beschränkte Zerstörung hervorgerufen war. Wegen des Umstandes, dass die wichtigsten Krankheitserscheinungen wie mit einem Schlage auftraten, konnte nur an Blutungen in die Rückenmarkshäute oder in das Rückenmark selbst gedacht werden, vielleicht noch an sehr akute Entzündung des Rückenmarks. Aber gerade das plötzliche Eintreten der Erscheinungen ohne weitere Steigerung in den nächsten Tagen und ohne irgend welche Besserung im weiteren Verlauf machte die Annahme des letzteren Processes sehr unwahrscheinlich. Hämorrhagien in das Rückenmark oder die Rückenmarkshäute konnte man mit Rücksicht auf das jugendliche Alter des Pat. nicht gut annehmen. Die Möglichkeit eines embolischen Vorganges wurde wegen des vollkommen normalen Herzbefundes nicht in Betracht gezogen.

Die Sektion ergab: In den Großhirnhemisphären etliche bis bohnengroße Herde von sogenannter Zelleninfiltration. Chronische Endokarditis der Mitralklappe, ältere Embolien in die Milz, die Nieren; Nieren geschrumpft. Das Rückenmark in seinem Lendentheile völlig erweicht, so dass an dessen Stelle sich eine weißliche milchartige Flüssigkeit findet, durch welche eine Arterie verläuft, welche sich ganz hart anfühlt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab:

1) Ein mit zerfallendem Fibrin thrombosirtes, größeres, arterielles Gefäß, eben so waren zahlreiche andere kleinere Gefäße im erweichten Lendenmarke thrombosirt.

2) Die milchige Flüssigkeit bestand aus Nervenresten und zahlreichen großen Fettkörnchenkugeln. Auch in den Herden im Gehirn fanden sich mit Fibrin thrombosirte Gefäßchen.

Die Gegenwart einer Embolie in die Lendenmarksarterien und eine dadurch hervorgerufene plötzliche Anämie des Lendenmarks mit nachfolgender totaler Zerstörung desselben durch embolische Erweichung erklärt vollständig den vorliegenden Symptomenkomplex. **Seifert** (Würzburg).

461. L. **Edinger** (Gießen). Rückenmark und Gehirn in einem Fall von angeborenem Mangel eines Vorderarmes.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIX. Hft. 1.)

Auf der medicinischen Klinik zu Gießen kam ein 52jähriger Mann zur Sektion, der nur mit einem kleinen Rudimente des linken Vorderarmes geboren worden war. Es hatte sich höchst wahrscheinlich um eine intra-uterine Selbstamputation gehandelt, und dem entsprechend lautete auch der Obduktionsbefund am Arme selbst eben so wie man ihn bei allen Amputationsstümpfen zu haben pflegt. Größeres Interesse erregten die Veränderungen oder richtiger Mängel an den Centralorganen, die auf dem Ausfall der bezüglichen nervösen Apparate beruhten.

Es zeigte sich, dass die bei der Amputation durchschnittenen Nerven schwächer als normal sich entwickelt hatten, und dass die ihnen angehörigen Wurzeln atrophirt waren (erster Theil des centralen Verlaufs vom N. medianus und ulnaris, so wie die größte Partie des N. radialis), ferner fand sich Atrophie der weißen Substanz des Rückenmarks im Bereich der eintretenden Wurzeln und vielleicht auch noch geringe Atrophie derselben etwas oberhalb des Wurzeleintrittes. Die äußere vordere und hintere äußere Spitze der grauen Substanz war nur im Bereich des Abganges der atrophischen Wurzeln atrophirt; auch konnte man Untergang von Ganglienzellen in den Theilen der grauen Substanz, die zu den am meisten verdünnten Wurzeln gehören, konstatiren. Das Rückenmarksvolumen selbst war entsprechend vermindert, was sich aus der geringen Menge eintretender Fasern in die weiße Substanz, und aus der centralen Endigung dieser Fasern in der grauen erklärt. Hingegen schienen die Bahnen, die vom Rückenmark zum Gehirn führen, d. s. diejenigen, deren motorischer Theil wahrscheinlich in den Seitensträngen liegt, nicht in aufsteigender Richtung zu atrophiren, während andererseits die motorische Rindenzone des Gehirns im Wachsthum zurückgeblieben war.

Es zeigt sich also, dass die Substanz der Hirnrinde eben so wie die Substanz des Rückenmarks mit Atrophie auf den Verlust peripherischer Bahnen antwortet, wenn dieser während des Hirnwachsthums zu Stande kommt. Am ausgebildeten Hirn konnte man bei anderen Fällen keine bemerkliche Atrophie als Folge des Ausfalles konstatiren. **Karewski** (Berlin).

462. **Knecht** (Colditz). Jackson'sche Epilepsie mit Lähmung im Gebiet des linken Facialis. Erweichungsherd in der rechten vorderen Centralwindung an der Stelle des »Facialiscentrums«.

(Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. XXXIX. Hft. 2 u. 3.)

Ein mehrfach bereits bestrafter Zuchthäusling von 49 Jahren, welcher eine rechtsseitige Pleuritis mit nachfolgender Lungenschrumpfung und eine fieberhafte

rheumatische Entzündung des linken Hüftgelenkes überstanden hatte, hinterher noch vielfach hustete und fieberte und in seiner Ernährung verfiel, zeigte unerwartet ein Herabhängen des linken Mundwinkels. Bald hinterher traten links mehrmals Zuckungen in den Muskeln, welche von den Wangen- und Ohrzweigen des N. facialis versorgt werden, mit nachfolgender mehr oder weniger starker Lähmung der betroffenen Muskeln ein, welche mehr und mehr zunahm. Zweimal gesellten sich zu den Zuckungen der Gesichtsmuskeln solche des linken Beins als mäßige Beugungen und Streckungen des Knies, jedoch ohne bleibende, motorische Störung im Beine. Im ersten Anfall Trübung des Bewusstseins, dann dieses frei bis in den letzten 6. Lebenstagen. Unterhalb des rechten Scheitelbeinhöckers eine umschriebene Stelle schmerzhaft bei der Perkussion. Pat. starb komatös. Die Sektion zeigte im Wesentlichen Ödem der weichen Hirnhäute, auf denselben, besonders rechts, über den Stirnlappen zahlreiche Knochenplatten; rechts dieselben an 3 Stellen mit der Hirnrinde fest verklebt und zwar im Grunde des Sulc. Rolandi mit der anderen Centralwindung, 1 cm lang, eben so über der Sylvi'schen Spalte, diese verschließend und dann über dem vorderen Rande der vorderen Centralwindung, den Sulcus praecentral. überbrückend und sich auf die zweite Stirnwindung erstreckend, im Ganzen vom Umfange eines Zehnpfennigstückes. Hier die Hirnrinde und die Marksubstanz bis 1 cm Tiefe erweicht, etwa von der Größe einer Kirsche. K. macht auf die Seltenheit aufmerksam, dass die Krämpfe und Lähmungen auf die Ohr- und Wangenzweige des Facialis beschränkt blieben, dass das Ohr überhaupt in Mitleidenschaft gezogen wurde und das Bein ohne Betheiligung des gleichseitigen Armes. K. führt den Erweichungsherd auf Thrombose eines arteriellen Rindenzweigs und die Zuckungen im Beine auf zeitweilige kollaterale Stauung, von dem thrombotischen Herde ausgehend, zurück und erinnert noch besonders an die bei der Perkussion schmerzhafte, umschriebene Stelle des Schädels als diagnostisch bedeutsam. **Oebeke** (Endenich).

163. Chvostek (Wien). Ein Fall von Tuberkel im mittleren Drittel der linken vorderen Centralwindung.

(Jahrbücher für Psychiatrie Bd. IV. Hft. 1.)

Ein Soldat, frei von Heredität, abgesehen von Blattern in der Kindheit, stets gesund, erlitt, 22 Jahr alt, den ersten epileptischen Anfall, seitdem bis zu seinem Tode nach $6^1/_2$ Monaten eine ganze Reihe derselben, stärkere und schwächere, theils als geistige Benommenheit, theils als Konvulsionen sich äußernd mit Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arme, einmal auch im rechten Beine, seltner allgemeine Konvulsionen. Hinterher Parese im rechten Arme und stärkeres Hervortreten der gleichschon vorhandenen Parese der betroffenen Zweige des Facialis und des Abweichens der Zunge nach rechts; zeitweise Erweiterung der rechten Pupille. Im weiteren Verlaufe zweimal ein Anfall psychischer Aufregung, einmal post-epileptisch, das zweite Mal als psychisch-epileptisches Äquivalent; sodann unmotivirtes Lachen, Weinen, Delirien. Von Seiten der rechten Pleura, des Peritoneums und der Baucheingeweide tuberkulöse Erscheinungen.

Sektion: R. O. in der Lunge käsige Bronchopneumonien mit Kavernen, chronische Tuberkulose der rechten Pleura, des Bauchfells, im Ileum tuberkulöse Geschwüre, eins in die Bauchhöhle durchgebrochen; jauchige Peritonitis. Käsiger Tuberkel in der linken vorderen Centralwindung.

Oebeke (Endenich).

164. Chvostek (Wien). Zur Kasuistik der suppurativen Hepatitis.

(Separatabdruck aus der Wiener medicinischen Presse 1881/82.)

Im Anschluss an eine bereits früher veröffentlichte Arbeit »Über suppurative Hepatitis« theilt Ch. 8 Fälle von Infarkten und Abscessen in der Leber mit. Wir heben das Merkwürdige heraus. Im ersten Falle bestand ein Medullarcarcinom des Magens, des großen Netzes und Bauchfelles, am seitlichen Rande des rechten Lappens der Leber befand sich ein haselnussgroßer, scharf begrenzter Herd, der dunkelroth gefärbt und breiig weich erschien. Bei der zweiten Beobachtung entwickelte sich bei Ileotyphus eine Perichondritis laryngea, von welch letzterer Pyä-

mie ausging mit zwei großen metastatischen Abscessen in der Leber und Metastasen in den Lungen; der Tod erfolgte durch Pneumothorax, welcher durch Durchbruch eines metastatischen Lungenabscesses eintrat; es bestand ein intensiver Ikterus. In einem weiteren Falle finden wir einen hämorrhagischen Infarkt in der Leber nach Endocarditis chron; weiterhin Pyämie mit zwei gänse-eigroßen metastatischen Abscessen im rechten Leberlappen, ausgehend von einem Panaritium.

Als letzten Fall verzeichnet Ch. eine Pylephlebitis suppurativa mit dem Ausgang in Genesung; drei Jahre nachher ist der Pat. noch als aktiver Officier im Dienste.

Prior (Bonn).

465. **Géza Duláceska** (Budapest). Ein Fall von Arthrogryposis.

(Gyógyászat 1882. No. 13. Excerpt. — Pester med. chir. Presse 1882. No. 15.)

Ein $1^1/_2$jähriges Mädchen bekommt im Verlauf von Bronchitis und Skrofulose eine doppelseitige katarrhalische Pneumonie und unstillbare Diarrhoe. In der letzten Woche tritt Tetanus der Unter- und Oberextremitäten auf, der zwei Tage lang anhielt, dann aufhörte, wieder erschien und wieder pausirte. Jedoch mehrere Tage vor dem Tode anhaltender Tetanus. Schmerzhafte Krämpfe treten bei Streckung der Finger und Extremitäten auf, der Unterarm kann, obwohl Krämpfe vorhanden sind, gehoben werden. Der Tod trat unter Erschöpfungserscheinungen ein. Sektion ergiebt mäßige Erweichung des cervikalen Theils des Rückenmarks, »Abglättung« der vorderen und hinteren Hörner an dieser Stelle. Desquamative Pneumonie. Da in allen Fällen der Arthrogryposis nur die gesteigerte Reizbarkeit des Rückenmarks vorhanden, durch welche der Krampf der Muskeln hervorgerufen wird, und von Niemandem bis jetzt eine für alle Fälle gemeinsame anatomische Veränderung gefunden ist, so möchte Verf. diese Erkrankung nicht als eine selbständige Krankheit hinstellen. **Kohts** (Straßburg i/E.).

Berichtigung: No. 30, p. 476, Referat Davison Zeile 8 von unten lies »stärker« statt »später«.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger,** Berlin, Prof. **Ehrlich,** Berlin, Prof. **Finkler,** Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 34. **Sonnabend, den 2. December.** **1882.**

Die Borsäure als Antisepticum.

Von

Dr. **Walb,**

Privatdocent in Bonn.

Versuche, die ich bereits im vorigen Jahre im hiesigen pharmakologischen Institute begonnen, über die antiseptische Wirkung der Borsäure, habe ich neuerdings im Verein mit Herrn Stud. Lewin wieder aufgenommen. Während Letzterer die genauere Darlegung in seiner Dissertation bringen wird, gebe ich hier einen kurzen Überblick über die gewonnenen Resultate.

Die Geschichte keines Heilmittels ist so interessant, wie die der Borsäure und zeigt so recht, wie wandelbar unsere Anschauungen sind und wie scheinbar feststehende Lehren plötzlich durch neue Thatsachen umgeworfen werden können.

Im 17. und 18. Jahrhundert sehen wir den Borax und das daraus dargestellte Sal sedativum, welches, wie sich nachher ergab, Borsäure war, eine große Rolle in der Arzneimittellehre spielen.

Es gab da kaum eine Krankheit, wo das bezüglich seiner Herkunft und Zusammensetzung in ein geheimnisvolles Dunkel gehüllte Medikament nicht empfohlen wurde. Besonders erfolgreich sollte es im Uterinsystem wirken, Wehenschwäche heilen etc., so dass sich ein wahrer Wunderglaube über seine Wirkung entwickelte. Als dann die Zeit kam, wo überhaupt der Wunderglaube einer nüchternen naturwissenschaftlichen Forschung und dem strengen Wissen Platz machen musste, da wurden auch über die vielseitige Wirkung des Borax und des inzwischen als Borsäure genauer chemisch bekannt gewordenen Sal sedativum (1808) immer mehr Zweifel und Bedenken laut, so dass von den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts an bis gegen 1820 andere Heilmittel an die Stelle der in Rede stehenden traten und diese immer mehr in Vergessenheit geriethen.

Indessen war doch in dieser Zeit das physiologische und chemische Denken noch nicht so Gemeingut der ärztlichen Welt geworden, dass nicht die erneuerte Anpreisung und Empfehlung durch eine Autorität plötzlich wieder ihre Anwendung allgemeiner machen konnte und namentlich in der Geburtshilfe von Neuem von dem Borax und der Borsäure alles Heil erwartet wurde. Dies Resultat erzielt zu haben, ist das Verdienst (?) einer von Wigand hinterlassenen und von Naegele 1820 herausgegebenen Schrift, in welcher diese Mittel als Specificum bei Wehenschwäche angepriesen wurden. Erhalten wurde diese gute Meinung durch die Empfehlungen anderer angesehener Ärzte, worunter Huffland, von Siebold u. A.

So stand die Sache, als im Jahre 1845 die Fakultät in München eine Preisaufgabe ausschrieb: Über die Wirkung der Borsäure und des Borax, welche von Dr. Ludwig Binswanger in einer mit großem Fleiße verfassten historischen und experimentellen Arbeit gelöst wurde, der man dann auch den Preis zuerkannte. Dieselbe gipfelt in dem Satze: Dass die Borsäure als ein ganz indifferentes Mittel fortan nicht als Heilmittel zu gebrauchen sei!

Sonst und Jetzt! Angesichts der im letzten Jahrzehnt mit der chirurgischen Anwengung der Borsäure erzielten glänzenden Resultate wird man sich kaum eines mitleidigen Lächelns enthalten können! Ein Arzneimittel, dessen Absetzung einst mit dem Preise gekrönt worden, ist heute in der Hand des Chirurgen, der Specialärzte für Augen-, Ohren- und Halskrankheiten etc. ein unentbehrliches Heilmittel von unschätzbarem Werthe geworden!

In innigem Zusammenhang mit der Entwicklung unserer Kenntnis über die septischen Vorgänge, über die in mikroskopischer Kleinheit unrettbar sicher den Tod bringenden fermentativen Kräfte, steht die Einführung einer Reihe von Arzneimitteln, welche wir unter der Kategorie der Antiseptica zusammenfassen und unter denen der Borsäure einer der ersten Plätze gebührt. Nicht als ob sie besonders energisch in dieser Hinsicht wirke; andere, wie Karbolsäure, Salicylsäure, leisten dies in viel geringerer Koncentration, sondern weil ihr

jene Reizlosigkeit zukommt, welche sie in den Augen Binswanger's als indifferent erscheinen ließ.

Nachdem der Chemiker Dumas in Paris zuerst die antiseptische Kraft der Borsäure nachgewiesen, ist es das unbestreitbare Verdienst des großen Reformators Lister die Anwendung der Borsäure in die Chirurgie eingeführt zu haben (1875). Hier wurde ihm rasch durch allseitige Nachahmung und Anerkennung gelohnt. Der Lister'sche Verband und die demselben zu Grunde liegenden Fundamentalanschauungen über die Vorgänge bei der Wundeiterung brauchten Jahre zu ihrer allgemeinen Anerkennung, die Borsäure eroberte sich im Fluge allseitige Würdigung und Benutzung. Sehr bald wurde ihr Wirkungskreis ausgedehnter. Namentlich war es das Gebiet der Schleimhäute, wo ihre Wirksamkeit weiter erprobt und konstatirt wurde. Unter ihrer Anwendung heilten Krup und Diphtheritis des Rachens (Werthheimer), Schleimhautsyphiliden und Blennorrhoen (Mayer, Renk, Seiz). Vor Allem aber erfuhr die Behandlung der Mittelohreiterungen, akuter, so wie chronischer, eine totale Umwälzung, seit Bezold in München (1880) die Anwendung der Borsäure für die in Rede stehende Krankheit in die Praxis einführte. Allseitige Bestätigung folgte sehr bald und heute wird wohl kein Ohrenarzt auf die Anwendung der Borsäure verzichten wollen.

Rechnen wir dazu, dass auch in der Augenheilkunde die Borsäure sich als ein unschätzbares Verbandmittel bei Verletzungen, nach Operationen bewährt hat, bei verschiedenen Affektionen der Conjunctiva erfolgreich angewandt wird, so darf man dreist behaupten, dass die Ehrenrettung der Borsäure in vollstem Maße eingetreten. Und damit es nicht mehr, wie ehedem, um bloße Empirie handele, ist man inzwischen über das Wie dieser Wirkungen vollkommen klar geworden, indem bereits eine Reihe von Arbeiten vorliegen, welche mit positiver Gewissheit darthun, dass die Borsäure die fermentativen Kräfte, die Entzündungserreger, zerstört.

Nach Dumas haben sich Gahn in Upsala, Buchholz, Cané, Neumann, Polli, an die experimentelle Untersuchung dieser Frage gemacht und übereinstimmend die antiseptische Wirkung konstatirt. Es ergab sich dabei, dass die Borsäure in relativ geringer Koncentration (0,75%) die Fäulnis dauernd verhindert und Bakterienbildung nicht aufkommen lässt. Dagegen wurde eben so gefunden, dass Borsäure nicht im Stande ist, Schimmelbildung zu hindern. Gerade dieses Verhältnis schien mir nicht mit der nöthigen Klarheit betont und aus einander gehalten worden zu sein, wesshalb ich, wie Anfangs erwähnt, von Neuem die Angelegenheit experimentell prüfte. — Fäulnis und Schimmelbildung sind früher vielfach mit einander verwechselt und vermischt worden und begegnet man dieser Begriffsverwirrung noch heut zu Tage. Als das Mikroskop uns Aufschluss gegeben hatte über die Anwesenheit niedriger Organismen bei septichen Vorgängen, hatte man den Sammelnamen »Pilz« dafür acceptirt und damit viel Unheil geschaffen, indem gelegentlich von Min-

dereingeweihten, alles das, was man schon vorher mit dem Namen Pilz bezeichnete, als hierher gehörig betrachtet wurde. So entstanden mitunter mit einer gewissen Erregung geführte Kontroversen über die Natur eines Antisepticums, indem die Anwesenheit von Schimmelpilzen als Beweis gegen die fäulniswidrige Wirkung einer Substanz zu Felde geführt wurde. Heute wissen wir, dass die Fäulnis einzig und allein durch die Anwesenheit von Bakterien bedingt wird, dass die Schimmelbildung wohl auch allmählich durch ihr Wachsthum einen organischen Körper verderben kann, dass es dabei aber stets sich um lokale Ausbreitung eines an den Entstehungsboden gebundenen pflanzlichen Organismus handelt[1]. Das aber gerade macht die Fäulnis so verderbnisbringend, dass sie zu Stande kommt unter der Anwesenheit sich selbständig bewegender und wandernder organischer Gebilde, die somit immer weitere Kreise ziehen können und an weit abgelegenen Stellen den Tod bringen.

Bei den Untersuchungen, die wir neuerdings ausgeführt, hat sich geradezu ergeben, dass Fäulnis und Schimmelbildung sich in gewissem Sinne ausschließen, und gerade bei der Borsäure gelingt dies zu zeigen, wie bei keinem anderen Antisepticum, da der Schimmel in der Borsäure nicht nur nicht untergeht, sondern sogar prächtig gedeiht.

Eine Reihe von Versuchen mit frisch bereitetem blutfarbstofflosen Fibrin ausgeführt, ergab Folgendes:

Das Kontrollpräparat, ohne Borsäurezusatz, zeigte schon am zweiten Tage deutlichen Fäulnisgeruch und war innerhalb 14 Tage in einen schwarzen, stinkenden Detritus verwandelt. Bakterien in kolossaler Menge vorhanden, Schimmel bildet sich nicht.

Zusatz von Borsäure in 0,2%iger Lösung hielt das Präparat, an einem warmen Ort aufbewahrt, 7 Tage frisch, dann trat Fäulnisgeruch auf und Bakterienbildung; Zerfall bildet sich auch nach Wochen nicht. Schimmelentwicklung bleibt aus.

Zusatz von 0,4%iger Borsäurelösung hält es 16 Tage frisch; am 9. Tage tritt Schimmelbildung ein, die mit dem Beginn der Fäulnis am 16. Tage Halt macht und allmählich wieder rückgängig wird, indem die Pilze collabiren und verkümmern. Zerfall des Fibrins kommt nicht zu Stande.

Zusatz von 0,5%iger Borsäurelösung hält die Fäulnis 19 Tage auf. Schimmelbildung entwickelt sich auch hier am 9. Tage, die eben so wie im vorigen Versuch unter der eingetretenen Fäulnis wieder abnimmt und vergeht.

1%ige Lösung und stärkere hemmen die Fäulnis dauernd. Die am 9. Tage begonnene Schimmelbildung schreitet unaufhaltsam weiter, so dass die Flüssigkeit bald von einem dicken Ballen fächerförmig von einem Punkte allseitig ausstrahlenden Pilzverzweigungen angefüllt ist. Das Fibrin wird davon nicht im mindesten alterirt, der Schimmel besteht nur in der Flüssigkeit und

[1] cf. v. Naegeli, Die niederen Pilze.

unterscheidet sich von jener flockigen Bildung, wie man sie so vielfach am Boden in Auflösungen von Medikamenten findet, dadurch, dass er eine zusammenhängende schnell wachsende Masse darstellt.

Eine zweite Versuchsreihe wurde mit der bekannten Bakteriennährflüssigkeit angestellt, bestehend aus Karamel, Ammon. tartaric., Kal. phosphor. und Aqu. dest. Das Kontrollpräparat zeigte schon nach 2mal 24 Stunden Opalescenz und mikroskopisch die Anwesenheit von Bakterien.

Zusatz von Borsäure hielt in 0,5%iger Lösung die Bakterienbildung 6 Tage auf, in 1%iger und 2%iger Lösung verhinderte sie die Fäulnis dauernd. Die so im Herbst 1881 angefertigten Präparate sind heute noch vollkommen frisch und klar. Ein Schimmelballen, in die Flüssigkeit hineingebracht, entwickelt sich bei Anwesenheit von 2%iger Borsäurelösung prächtig weiter und wächst rasch zu einem großen, rundlichen Büschel aus, in trüber Flüssigkeit, ohne Borsäure, entwickelt er sich nicht, sondern wird bald schwarz und matsch.

Frisches Muskelfleisch vom Ochsen hält sich in 1%iger Lösung mehrere Wochen frisch; Schimmelbildung tritt am 18. Tage auf. Der in die Flüssigkeit ausgezogene Muskel- und Blutfarbstoff nimmt innerhalb weniger Tage eine prachtvolle hell-karmesinrothe Färbung an, der ich bis jetzt noch nicht näher getreten bin, auf die ich aber schon hier aufmerksam machen wollte.

Wir sehen somit einen deutlichen Gegensatz zwischen Fäulnis und Schimmelbildung gezeichnet. Überall da, wo Schimmelpilze auftreten, sind wir zu dem Schluss berechtigt, dass keine Fäulnis sich eingestellt hat, während umgekehrt die Fäulnisbildner auf Schimmelpilze eben so ihre zerstörende Kraft ausüben, wie auf andere organische Substanzen. Die Pilze müssen mit faulen. Ist aber die Bakterienbildung gehemmt und hat ein Antisepticum nicht zugleich die Eigenschaft Schimmelpilze zu zerstören, so erleidet die Schimmelbildung keine Einbuße.

Es ergeben sich hieraus mehrere praktische Gesichtspunkte.

Zunächst werden alle jene Processe, die auf wirklicher Pilzbildung beruhen, — ich erinnere an den Pilzrasen auf der Zunge und im Rachen, an Aspergillusentwicklung im äußeren Ohr, an den Sor der Säuglinge, nie jene üble Dignität erhalten können, wie die Aufnahme von Mikrokokken und Bakterien. Dieselben können wohl lokal erhebliche Krankheitsbilder erzeugen, ihre Weiterverbreitung ist aber stets nur in beschränktem Maße möglich und erstreckt sich auf den Umkreis der ersten Aufnahmestelle. Dessgleichen ergiebt sich die praktische Konsequenz, dass diejenigen Medikamente, welche als Antiseptica bekannt sind, damit noch nicht ohne Weiteres auch die Eigenschaft besitzen, die oben berührten Krankheiten heilen zu können.

Ich erlaube mir dies an einem praktischen Beispiel klar zu legen.

Es giebt chronische äußere Otitiden, welche das gemeinsam haben, dass diffus durch den äußeren Gehörgang hindurch Abstoßung und Maceration des Epithels und eitrige Absonderung besteht. Man findet gelegentlich dabei als ursächliches Moment Aspergillusentwicklung, die sich in den oberflächlichen Lagen der Haut gebildet und häufig auch das Trommelfell überzieht (Otomykosis, von Wreeden). Das gleiche Bild wird aber auch erzeugt durch Bakterienbildung. Wenn das von einer Otit. ext. circ. oder einer Myringitis acut. stammende Sekret im Gehörgange stagnirt, so tritt alsbald Fäulnis- und Zersetzung ein, welche dann den primären Krankheitsherd nicht heilen lässt, vielmehr immer mehr Gewebe in das Bereich der Entzündung zieht, so dass eine Otit. ext. diffus. daraus resultirt (Bacterica, Bezold). Hier wird Borsäure mit Erfolg in Anwendung zu ziehen sein, wie denn ich vielfach solche Fälle in kurzer Zeit damit geheilt habe. Die Otomykosis wird aber ihrer Anwendung mehr oder weniger widerstehen, — da wir erwarten dürfen, dass Aspergillus sich wie Schimmelpilze in dieser Hinsicht verhalte, — wie denn überhaupt diese zu den hartnäckigsten Leiden gehört, besonders dann, wenn die Pilze schon tief im Gewebe sitzen. Hier führt oft erst ein mehr mechanisches Abschaben, so wie die Anwendung anderer Heilmittel (Plump. acet., Karbolsäure, Sublimat, Calcar. hyperchloros.) zum Ziel.

Wir werden unter Umständen in der Lage sein, aus der Beschaffenheit des Sekrets Klarheit zu schöpfen, falls wir nicht, wie es nothwendig sein kann, die mikroskopische Untersuchung anstellen. Charakteristisch für Otit. ext. diff. bacterica wird der Fäulnisgeruch sein, und übelriechender Eiter wird daher stets die Anwendung der Borsäure als zweckmäßig erscheinen lassen. Eine mehr aus Epithelien bestehende, halb trockene Absonderung erregt den Verdacht der Mykosis und giebt die Indikation ab für den Gebrauch der oben genannten Mittel. Es mag hier bemerkt werden, dass diese alle nicht so indifferent sind, wie Borsäure, alle nur in zum Theil geringen Procentsätzen vertragen werden, und dass demgemäß, um längeren Kontakt mit den erkrankten Stellen zu ermöglichen, ihre Applikation in Salbenform die zweckentsprechenste ist.

Wenig kultivirt ist bis jetzt die innere Darreichung der Borsäure; dass dieselbe in größeren Gaben die Temperatur bedeutend herabsetzt, haben übereinstimmend die Versuche von Neumann u. A. ergeben. Die Analogie mit anderen in der Richtung schon geprüften Heilmitteln fordert entschieden auf, ihre Wirksamkeit auch da zu versuchen, wo wir die Aufnahme niedriger Organismen, oder noch allgemeiner ausgedrückt, von Fermenten vermuthen, so dass ihr Wirkungsfeld sich auch auf die epidemischen und kontagiösen Krankheiten erstrecken könnte.

Wir sind gegenwärtig damit beschäftigt, den Einfluss der Borsäure auf die Auswanderung weißer Blutzellen zu studiren, unter Anwendung des Cohnheim'schen Versuches, das Ergebnis wird demnächst bekannt gegeben werden.

Bonn im November 1882.

---

466. **H. Seemann.** Über das Vorhandensein freier Salzsäure im Magen.

(Arbeit aus dem Nachlass des am 3. März d. J. verstorbenen Verfassers.)

(Zeitschrift für klin. Medicin 1882. Bd. V. p. 272.)

Nach einigen Bemerkungen über die Methoden der Salzsäurebestimmung im Magensaft mit Methylanilinviolett und Rothweinfarbstoff, bespricht Verf. das Verfahren, das zuerst Hehner zur Prüfung des Essigs auf Behufs Fälschung beigesetzter Mineralsäuren, und dann Malz zur Untersuchung des Magensaftes angewandt haben, und das darin besteht, dass $^1/_{10}$ Normalnatronlauge zu der zu untersuchenden Flüssigkeit, und zwar ungefähr in der der etwa vorhandenen Mineralsäure entsprechenden Menge, oder einem geringen Überschuss, zugesetzt werden. Nach Abdampfen der Flüssigkeit bei gelinder Glühhitze konnte er aus dem Gehalt an zurückgebliebenen freien Alkali auf die Menge der gebundenen und somit auf die Menge der vorhanden gewesenen freien Mineralsäure schließen.

Ein Kontrollversuch ergab, dass bei diesem Verfahen so geringe Fehlerquellen sich herausstellten, dass der Werth der Methode dadurch nicht beeinflusst wurde.

Die erste Reihe von Versuchen befasst sich mit Untersuchungen über den Salzsäuregehalt des Magensaftes in den verschiedenen Verdauungsphasen am gesunden Menschen. — Der nöthige Magensaft wurde durch Auspumpen zu verschiedenen Zeiten nach der Mahlzeit gewonnen.

Die Versuche ergaben, dass schon $^1/_2$ Stunde nach der Mahlzeit die saure Reaktion des Speisebreies beginnt — der Charakter der Säure, ob organische oder Mineralsäure, ließ sich in diesem Zeitpunkt nicht feststellen.

$^3/_4$ Stunde nach der Mahlzeit war bei flüssiger Nahrung ein Salzsäuregehalt von 2—3 pro Mille nachweisbar. — Während der folgenden 2 Stunden steigerte sich der Salzsäuregehalt auf 6 pro Mille und erreichte etwa 3 Stunden nach der Mahlzeit sein Maximum.

Eine Reihe von Harnuntersuchungen ergab ein Alkalischwerden desselben, während einer 4stündigen Verdauungszeit, woraus S. den Schluss zieht, dass dieses Alkalischwerden des Harns und die dasselbe bedingende Alkalescenz des Blutes die Folge einer Zerlegung der Chloride innerhalb der Magendrüsen sei.

In einer zweiten Versuchsreihe prüfte S. das Verhalten der freien Mineralsäure im Magensafte bei Kranken.

1) Akut fieberhafte Krankheiten. Bei Typhus in der zweiten Woche, bei dem die erhöhte Temperatur durch anhaltende Bäder auf 37,5—38° C. herabgedrückt war, ergab die Untersuchung $2^1/_2$ Stunde nach dem Essen keine Salzsäurereaktion — 14 Tage später, bei normaler Temperatur von 37—37,4° C., schwache Reaktion mit Methylviolett, nach weiteren 10 Tagen, bei vollständigem Normalbefinden $1^1/_2$ Stunden nach dem Essen Reaktion negativ.

2) Bei subakuten fieberhaften Krankheiten ergaben die Untersuchungen des Magensaftes 2¹/₄ Stunde nach dem Essen in den ersten zwei Tagen bei normalen Temperaturen deutliche Salzsäurereaktion. Bei Eintritt mäßigen Fiebers in den folgenden Tagen war die Reaktion negativ; — dabei die Chloride im Harn unter der Norm.

3) Untersuchungen bei Gastrektasie in Folge von Carcinoma ventriculi sind nur kurz angedeutet und wie überhaupt diese zweite Versuchsreihe den Eindruck macht, dass Verf. die Arbeit noch nicht vollständig zum Abschluss gebracht hatte, als ihn die Krankheit, der er erlag, an der Weiterarbeit hinderte.

Engesser (Freiburg i/B.).

---

467. P. Ehrlich. Über eine neue Harnprobe.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. V. Hft. 2.)

Ausgehend von der Thatsache, dass die Diazoverbindungen sich mit einer großen Zahl von Körpern, insbesondere den Phenolen, so wie den primären, sekundären und tertiären Mono- und Diaminen der aromatischen Reihe ohne Weiteres zu Farbstoffen verbinden, hat E. untersucht, ob nicht auch im menschlichen Urin derartige Stoffe vorkämen. Als Diazoverbindung benutzte Verf. direkt Lösungen, in denen unter dem Einflusse von Nitriten und Mineralsäuren Diazokörper entstanden waren; es wurden zu dem Zwecke 500 ccm H_2O mit 30—50 ccm Acid. nitr. puriss. und mit so viel Sulfanilsäure versetzt, dass noch ein Überschuss der letzteren am Boden blieb: wenige Körnchen Natriumnitrit in einem Reagensglas in Wasser gelöst, werden allmählich unter Umschütteln der ersten Lösung zugefügt. Versetzt man nun gleiche Lösungen dieses Reagens mit normalem Urin, so tritt kaum eine Farbenänderung des Urins auf, bei Zusatz von Kalilauge oder Ammoniak wird der Urin gelb oder orange gefärbt, diese Färbung theilt sich jedoch dem durch Schütteln erhaltenen Schaum nicht mit. Auch die nach längerem Stehenlassen sich bildende Schicht niedergeschlagener Erdsalze weist keine deutliche Färbung auf. Gewisse pathologische Urine zeigen nun ganz prägnante Farbenreaktionen; von diesen bespricht E. nur folgende als wichtigste. Versetzt man einen derartigen Urin in derselben Weise mit dem Reagens, so tritt bei Zusatz von Ammoniak eine intensive Karmin- oder Scharlachfarbe auf, die besonders deutlich am Schaum gesehen werden kann; die nach einiger Zeit sich bildende Schicht der Erdsalze zeigt eine bald breitere, bald schmäler gefärbte dunklere Zone. Diese Reaktion zeigte sich nun mit Ausnahme einer Krankheit, der Phthisis pulmonum, an das Auftreten fieberhafter Processe gebunden. Die fieberhaften Krankheiten zerfallen nach den bisherigen Erfahrungen E.'s in Bezug auf die Reaktion in 3 Gruppen: 1) in solche, die die Reaktion konstant zeigen (Typhus, Morbillen; 2) in solche, bei denen sie je nach der Art der Krankheit häufiger

oder seltener vorkommt (Erysipelas, Miliartuberkulose, Pleuritis, Scarlatina etc.; 3) bei denen sie fast nie zu Tage tritt (Pneumonie, Diphtheritis).

Zum Schluss giebt E. die Folgerungen, die er aus seinen Erfahrungen ziehen zu dürfen glaubt:

1) Die Reaktion ist eines der konstantesten Merkmale des Typh. abdom. von Mitte der ersten Woche ab. 2) Ist die Reaktion nur gering, so verlaufen die Fälle gewöhnlich leicht. 3) Hört die Reaktion im ersten Typhusstadium auf, ohne dass Komplikationen mit Krankheiten der 3. Gruppe auftreten, so treten wahrscheinlich in 3—5 Tagen remittirende Temperaturen auf. 4) Die Reaktion kann nicht zum differentialdiagnostischen Merkmal der 1. und 2. Gruppe verwandt werden. 5) Tritt die Reaktion bei krupöser Pneumonie auf, so deutet sie auf das Bestehen von Komplikationen hin. 6) Bei Phthisis pulmonum ist das Auftreten der Reaktion ein Signum mali ominis. 7) Langandauernde Reaktion ohne Fieber weist auf Lungenschwindsucht hin.

Lachmann (Frankfurt a/M.).

---

468. J. D. Tholozan. Des éclosions de la peste dans le Kurdistan pendant les douze dernières années.

(Comptes rendus 1882. tome XCV. p. 549.)

Seit den Jahren 1831—32 kam die Pest in Kurdistan zum ersten Male wieder gegen Schluss des Jahres 1870 zum Ausbruch; seitdem folgten fernere Epidemien 1877 und 78 und 1881 und 82. Sowohl 1870, wie 1877 befiel die Seuche das von dem Mukri-Stamm bewohnte Gebiet zwischen den Flüssen Djagatu und Tatau, das zweite Mal aber auch zu ungefähr gleicher Zeit das außerhalb dieses Distrikts gelegene Dorf Karakul nebst drei benachbarten Flecken. Die Epidemie von 1881—1882 bewegte sich innerhalb dreier von einander getrennter Herde. In einem derselben, im Dorfe Mansur, hatte die Bevölkerung 1880 viel vom Kriege gelitten; das Dorf war geplündert und verbrannt, Menschen- und Thierleichen verpesteten die Luft, dazu kam im Winter Hungersnoth, Typhus und Ruhr. November 1881 brach die Pest aus. In dem zweiten Herde war eine schwere Viehseuche vorangegangen; die Kadaver der gefallenen Thiere blieben im Freien liegen, ja sogar das Fleisch derselben wurde genossen.

Verf. verwerthet seine Beobachtungen, die autochthone Entstehung der Pest zu erweisen. Dieselbe hat in der zwölfjährigen Periode nur die einzeln aufgeführten Orte ergriffen und ist nach kurzer Zeit jedes Mal vollständig erloschen. Eben so ist das übrige Kurdistan, so wie die Nachbarländer von der Seuche absolut frei geblieben. Auch wenn eine Epidemie sich zu großer Ausdehnung entwickelt, braucht dies nicht nothwendig die Folge von Ansteckung zu sein, sondern kann aus einer Reihe allmählich vorbereiteter Bedingungen resultiren.

Würzburg (Berlin).

---

469. C. Rockwitz. Die Infektionskrankheiten im Reg.-Bez. Kassel während der Jahre 1875—1879.

(Generalbericht über das öffentliche Gesundheitswesen des Reg.-Bez. Kassel 1882 p. 16—54.)

Die meisten Opfer forderte in der Berichtsperiode unter den Infektionskrankheiten die Diphtherie, welcher 5973 Personen (5,52 % der Gestorbenen), dreimal so viel, wie dem Typhus, erlagen. Die Diphtherie gehört in dem Bezirk schon seit längeren Jahren zu den stehenden Krankheiten, sie zeigt sich zu allen Zeiten und in allen Gegenden als Einzelerkrankung, entwickelt sich aber auch vielfach zu Haus- und Ortsepidemien. In ätiologischer Beziehung ist wenig zu eruiren, selbst die allgemeine Annahme, dass Verunreinigung des Bodens, der Luft und des Wassers ihrer Verbreitung förderlich sei, bleibt in so fern nicht unangefochten, als die Diphtherie einzelne Orte und weite Distrikte, die wegen dieser sanitären Missstände berüchtigt und von Typhus stets heimgesucht sind, fast gänzlich verschont, andererseits dagegen in anscheinend gesundesten Gegenden oft verheerend auftritt. Man begegnet ihr in den der Überschwemmung ausgesetzten sumpfigen Niederungen eben so oft, wie auf den Höhen des Spessart, Vogelsbergs, Thüringer Waldes und der Rhön. Der Unterleibstyphus, welcher eine Mortalität von 1917 Fällen verursachte (1,8 % der Gestorbenen), hat vorzugsweise in den ländlichen Gemeinden und in den kleineren Städten mit ländlichem Charakter seine Verbreitung gefunden; gerade Kassel und Hanau mit der dichtesten Bevölkerung hatten die wenigsten Typhuserkrankungen. Verf. erklärt dies durch die wesentlich schlechteren hygienischen Verhältnisse der ländlichen Bevölkerung. In Fulda, Marburg und Ziegenhain wurde der Typhus vornehmlich in den Stadttheilen und Straßen beobachtet, in welchen schlechte Kanäle mit stagnirendem Inhalte, undichte Mist- und Abtrittsgruben Boden, Wasser und Luft verdorben hatten. Der Verlauf der Erkrankungen war in einzelnen Epidemien sehr schleppend, die Rekonvalescenz protrahirt. — Flecktyphus kam gar nicht, Rückfallfieber erst in der zweiten Hälfte des Jahres 1879 vor. Dasselbe scheint durch vagirende Handwerksburschen und Arbeiter eingeschleppt zu sein und befiel fast nur arbeitslose, durch Mangel und Noth heruntergekommene Personen. Den Scharlachepidemien, welche einen schleppenden Verlauf nahmen, gingen Wochen, oft Monate lang sporadische Fälle voraus, wie solche auch fast überall noch lange Zeit hindurch nachfolgten; es dauerte mitunter über ein Jahr, ehe ein Bezirk seuchenfrei wurde. Die Masern waren meist gutartig und hielten gewöhnlich einen regelmäßigen 2—3jährigen Turnus ein. Charakteristisch war das plötzliche Erscheinen und die außerordentlich schnelle Verbreitung der Krankheit in den einzelnen Orten, dagegen dauerte es oft längere Zeit, bis sie von Ort zu Ort wanderten. Der Keuchhusten war seltener, machte seinen Rundgang in 1—1½ Jahren und hielt dabei einen Turnus von 2—3 Jahren ein. Ruhr wird im Reg.-Bez. Kassel im Ganzen selten

beobachtet. Die Pocken kamen nur einmal, 1876 und 77, in epidemischer Verbreitung vor. Die Kranken wurden nach Möglichkeit in besonderen Kontagienhäusern isolirt, Kinder und Erwachsene in den betroffenen Kreisen in ausgedehnter Weise geimpft resp. wiedergeimpft. Über Puerperalfieber sind keine zuverlässigen Nachrichten vorhanden, mit Ausnahme der Stadt Hanau von 1876 ab, woselbst 48 Erkrankungen mit 14 Todesfällen verzeichnet wurden.

Würzburg (Berlin).

---

470. **Snell** (Hildesheim). Über das Verhältnis der Dementia paralytica zur Syphilis.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. XXXIX. Hft. 2 u. 3.)
(Cf. Centralblatt f. klin. Med. II. Jahrgang. No. 7. p. 99.)

Anknüpfend an eine frühere Bemerkung auf der Naturforscher-Versammlung zu Baden-Baden, dass auch bei der Dementia paralytica bezüglich der vorausgegangenen Syphilis ein ähnliches auffallendes Verhältnis (circa 75%) nachweisbar sei, wie dies Erb für die Tabes dorsalis statuirte, weist S. an 21 Paralytikern, z. Z. in der Irrenanstalt zu Hildesheim befindlich, nach, dass 11 derselben früher an Syphilis gelitten hatten. Bei einem 12. Kranken ist frühere syphilitische Infektion sehr wahrscheinlich, bei vier weiteren Kranken finden sich Geschwürnarben am Penis, ohne dass über deren Entstehung Auskunft zu erlangen wäre. Von den 11 früher an allgemeiner Syphilis erkrankten Paralytikern zeigten 10 keine Erscheinungen der Syphilis mehr beim Ausbruche der Paralyse; 5 derselben hatten gesunde Kinder erzeugt. Nur bei einem dieser 11 bestand syphilitische Psoriasis bei seiner Aufnahme; diese heilte nach Einreibung von grauer Salbe und nachfolgendem Jodkaliumgebrauch, aber die Paralyse schritt weiter. Von drei paralytischen Frauen war keine nachweisbar früher syphilitisch. Der Umstand, dass bei Frauen Syphilis und Paralyse seltener sei, als bei den Männern, während bei den Prostituirten, die häufiger an Syphilis leiden, die allgemeine Paralyse nicht selten zu sein scheine, weist auf einen gewissen Zusammenhang zwischen beiden hin. Da syphilitische Krankheitsprocesse im Gehirn ähnliche oder gleiche Erscheinungen wie die Dementia paralytica bieten, da die konstitutionelle Syphilis in der Vorgeschichte der Paralytiker eine hervorragende Rolle spielte, ein ursächliches Verhältnis aber bis jetzt nicht nachgewiesen werden kann, so vermuthet S., dass vielleicht manche Formen der Syphilis im Gehirn pathologische dauernde Veränderungen erzeugen, welche wenigstens als disponirend zur Dementia paralytica anzusehen sind.

Oebeke (Endenich).

---

471. **Ungar** (Bonn). Über die Bedeutung der Leyden'schen Krystalle für die Lehre des Asthma bronchiale.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin.)
Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1882.

Vor zehn Jahren fand Leyden in dem Sputum von sieben an Asthma bronchiale Erkrankten in sechs Fällen die Charcot'schen Krystalle: bei dem siebenten stand ihm nur Sputum aus der Remissionszeit zu Gebote, es fanden sich keine Krystalle vor, ein Verhalten, welches sich auch bei den anderen Asthmatikern bisweilen zeigte, wenn das untersuchte Sputum aus der anfallfreien Zeit herrührte. Bei anderweitigen Lungenerkrankungen fanden sich die Krystalle nicht, so dass Leyden wohl behaupten durfte, dass jene Krystalle zu dem Asthma bronchiale in specieller Beziehung ständen; er suchte sich das paroxysmenweise Auftreten des Asthma zu erklären dadurch, dass die feinen spitzen Krystalle die Schleimhaut der Alveolen und der kleinen Bronchien resp. die Nervenendigungen des Vagus reizen und so die Anfälle auslösen sollten. Diese Lehre hat aber noch nicht so allgemeine Anerkennung gefunden, dass nicht neue eingehende Untersuchungen von Werth wären. U. nahm die Sputa-Untersuchung von 39 an Asthma bronchiale Leidenden vor und in allen Fällen fanden sich die Krystalle, selbst sogar dann, wenn nur das Produkt einer einmaligen Expektoration zur Verfügung stand. Die Übung erleichterte wesentlich das Auffinden, so dass selbst bei flüchtigem Untersuchen die Krystalle erschienen, ja U. konnte die Krystalle selbst dann nachweisen, wenn von Anderen mit dem Mikroskop Geübten keine aufgefunden wurden; manchmal kostete es viele Mühe, um überhaupt die Pat. zum Expektoriren bewegen zu können. Diese Schwierigkeiten erklären wohl auch, wesshalb die Krystalle in diesem oder jenem Falle anderer Forscher ausdrücklich verneint werden. Die krystallhaltigen Sputa sind so beschaffen, wie sie Leyden beschreibt; U. macht besonders aufmerksam auf eigenthümliche gerinnselartige Gebilde, auf welche Leyden weniger Werth legte. Diese gerinnselartigen Gebilde sind entweder als langgestreckte, cylinder- oder bandförmige undurchsichtige Fäden von grüngelber Farbe bemerkbar oder als knäuelartige Masse, welche sich bei der Entwirrung als aus zusammengerollten und zusammengeballten länglichen, fadenförmigen Gebilden bestehend erweist. Besonders zierlich erscheinen viele dieser Gerinnsel durch eine eigenthümliche, spiralige Achsendrehung: bisweilen sind 2, 3 Fäden derartig spiralig aufgedreht, dass sie ein strickartiges Ganze darstellen. Wenn man die Ballen weniger vorsichtig behandelt, so zerstört man leicht den Zusammenhang der Gerinnsel und es scheint dann, als ob man eine Anzahl nur neben einander liegender, kleinerer Pfröpfe oder Würstchen vor sich habe. In diesen Gerinnseln und in den kleineren Pfröpfen finden sich nun große Mengen von Leyden'schen Krystallen. Dass die Krystalle an der Peripherie überwiegen sollen, ist nur scheinbar, wie man sich durch

stärkeren Druck auf das Deckgläschen überzeugen kann. Interessant ist, dass im Anfange des Anfalles die Krystalle zierlich und klein, in geringer Menge erscheinen, während in dem Sputum aus der Intermissionszeit oder aus dem Anfalle, welcher schon mehrere Tage währte, neben zahlreichen kleineren Krystallen sehr große auftreten. Bisweilen gelingt es durch mehrtägiges Aufbewahren in der feuchten Kammer eine nachträgliche Ausscheidung von Krystallen zu erzielen in Gerinnseln, die vorher nicht krystallhaltig erschienen.

Versuche, in Sputis, welche von nicht an Asthma Leidenden herrührten, in der feuchten Kammer Krystalle zu erzielen, misslangen.

Somit kann U. nur bestätigen, dass die Auffassung Leyden's, als ob die Krystalle zu dem Krankheitsbilde des Asthma bronchiale gehörten, für bewiesen gelten muss. Anders verhält es sich mit der Ansicht, dass die Krystalle eine Eigenthümlichkeit des Asthma bilden und zu dieser Krankheit in specieller Beziehung stehen. Es ist nämlich durch Friedreich, Zenker und Riegel hinlänglich bewiesen, dass bei der Bronchitis fibrinosa, einer höchst seltenen Erkrankung, auch jene Krystalle vorkommen. Bei der Bronchitis fibrinosa treten Gerinnselbildung auf, die auffallende Ähnlichkeit mit den Gerinnseln des Asthma bronchiale haben, ja sie zeigen sogar oftmals die spiralige Achsendrehung, so dass von vorn herein der Gedanke nahe liegt, dass diese beiden Erkrankungen gewissermaßen verwandt sind: ein Verhältnis, auf welches Leyden ebenfalls aufmerksam macht. Durch diese Übereinstimmung in der Gerinnselbildung angeregt, untersuchte U. die Frage, ob nicht sowohl beim Asthma, wie bei dieser Bronchitis der Schwerpunkt in der Gerinnselbildung innerhalb der Bronchiallumina zu suchen sei: also eine neue Pathogenese des Asthma bronchiale. Bei allen bisherigen Erklärungen wird zu wenig Werth gelegt auf die exsudativen Vorgänge, sondern das Interesse wendet sich fast stets den Krystallen zu, welche nach U.'s Versuchen nur als Zerfallsprodukte zu bezeichnen sind. Zunächst zeigt Verf., dass das Lumen der feineren Brochien sich in den verschiedenen Athmungsphasen verschieden verhält, dass es sich während der Inspiration erweitert und während der Exspiration verengert; an der Hand dieser Thatsache erklärt sich die vorwiegend exspiratorische Dyspnoe des Asthma bronchiale, die Lungenblähung und der Tiefstand des Zwerchfelles, ohne Zuhilfenahme des spasmodischen Elementes. Der Luftzutritt zu den Alveolen ist durch die Gerinnsel nicht besonders beeinträchtigt, während der Austritt hochgradig behindert ist: es folgt also exspiratorische Dyspnoe, akute Aufblähung der Lunge. Die Exkursionen des Zwerchfelles werden mechanisch behindert und endlich völlig unmöglich. Auf diese Weise verstehen wir auch, weshalb die einzelnen Asthmaattacken so verschieden sind: bald ist die Zahl der ergriffenen Bronchien verschieden, bald ist die Intensität des exsudativen Processes in den einzelnen Bronchien wechselnd. Die Einwürfe, welche gegen diese Theorie erhoben werden könnten, widerlegt U. in verständlicher Weise und spricht zum Schlusse die

Ansicht aus, dass wir es beim Asthma bronchiale zu thun haben mit einem exsudativen Process, welcher in den feineren Bronchien verläuft und für welche Erkrankung er den Namen Bronchitis fibrinosa capillaris vorschlägt, wegen der Ähnlichkeit der Gerinnselbildung mit den Endverzweigungen der Gerinnsel bei Bronchitis fibrinosa.

Prior (Bonn).

---

472. **George M. Beard.** How to use the Bromides.

(Read before the American neurological association 1881. Juni. Journal of nervous and mental disease vol. VIII. 1881. Juli. No. 3.)

B. stellt über den Gebrauch der Bromide, die er in Bezug auf Werth und Sicherheit ihrer Wirkung neben Chinin und Opium stellt, unter hauptsächlicher Berücksichtigung der anderen funktionellen Nervenkrankheiten außer der Epilepsie, im Wesentlichen folgende Sätze auf:

1) Das Ziel bei der therapeutischen Anwendung der Bromide ist die Bromisirung (»Bromization«) des Organismus in geringerem oder höherem Grade. Die Symptome der Bromisirung variiren von leichter Schläfrigkeit oder allgemeiner Beruhigung bis zu völligem Stupor, Bewusstlosigkeit, äußerster Muskelschwäche, Schwierigkeit der Artikulation, Herabsetzung aller Funktionen; bisweilen zeigen sich, statt der gewöhnlich das erste Symptom bildenden Schläfrigkeit am Tage, zunächst Schmerzen in den Gliedern, oder Schwächegefühl. Zu therapeutischen Zwecken genügt gewöhnlich der mildeste Grad von Bromisirung, nur bei hysterischen und neurasthenischen Zufällen braucht man, wie bei der Epilepsie einen mittleren Grad; eben so auch, wenn man die Bromide als Präventivmittel gegen die Seekrankheit anwenden will.

2) Um die Bromisirung zu erreichen, ist es absolut nöthig, große Dosen (beiläufig 2—5 g und mehr) zu geben; doch muss man bei den Initialdosen auf Idiosynkrasien Rücksicht nehmen.

3) Außer bei Epilepsie darf der Gebrauch der Bromide nur kurze Zeit (ein paar Tage bis eine Woche) fortgesetzt, und muss stets überwacht werden. Die Bromisirung tritt mitunter sehr rapide ein — B. sah bei einer Dame nach 6,0 Kal. bromat. innerhalb 20 Minuten die ersten Symptome, innerhalb einer halben Stunde Bewusstlosigkeit, Kälte der Extremitäten, fadenförmigen, sehr schnellen Puls eintreten, so dass die Pat. während 2 Stunden mit dem Tode zu ringen schien, und mehrere Tage lang das Bett hüten musste —, oft aber zeigen sich die Symptome erst nach längerem Gebrauch (mitunter erst nach einer Woche und mehr), treten dann aber ganz plötzlich, und häufig mit ganz besonderer Intensität auf. Auf dieses späte Eintreten der Wirkung der Bromide sind wohl manche Misserfolge in der Erzielung von Schlaf zurückzuführen; es ist auch deswegen zweckmäßig, die Mittel nicht unmittelbar vor dem Schlafengehen, sondern im Laufe des Tages, oder noch besser, je eine Dosis Morgens und Abends nehmen zu lassen.

4) Bei längerem oder wiederholtem Gebrauch der Bromide muss man mit Tonicis (Chinin, Strychnin) abwechseln, entweder eine Woche lang diese, die nächste Woche jene, oder aber, während des Tags Tonica, zur Nacht die Bromide. Bei zu weit gehender Bromisirung empfiehlt B. als Antidot Coffeïnum citricum in Dosen von 0,2—0,3, auch Strychnin, eventuell subkutan, und Chinin. Übrigens kann man auch die Brompräparate ihrerseits anwenden, um die unangenehmen Nebenwirkungen des Chinin zu vermeiden resp. zu verringern.

5) Es ist vortheilhaft, die verschiedenen Brompräparate zu kombiniren, resp. mit ihnen zu wechseln. Kal. bromat. enthält 68% Brom, Calcium- und Natr. bromat. 80%, Ammon. bromat. 81%, Lith. bromat. 92%. Natr. bromat. schmeckt weniger unangenehm und belästigt den Magen weniger als die anderen Präparate. Die Dosen müssen in starker Verdünnung (1—2 Glas Wasser) gegeben werden; es ist dies schon desswegen zweckmäßig, weil Nervenleidende häufig, gewissermaßen als Symptom ihrer Erkrankung, Mangel an Durst zeigen.

6) Es giebt Fälle, auch bei Nichtepileptikern, wo man die Brompräparate in häufiger, wenn nicht regelmäßiger Wiederholung geben muss. Hier muss man den Gebrauch genau überwachen, um zu rechter Zeit einzuhalten; auch soll man versuchen, die Pat. durch zeitweisen Gebrauch anderer Sedativa (auch warmer Bäder und Elektricität) von den Brompräparaten zu entwöhnen. Anämie ist eben so wenig wie Hyperämie eine Kontraindikation gegen die Anwendung der Brompräparate. **Freudenberg** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

473. **Zillner** (Wien). Ein Fall von Vergiftung durch chlorsaures Kali.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 45.)

Einem 31 Jahre alten Arbeiter wurde Kali chloricum in Substanz (20,0) aufgeschrieben zum Gurgelwasser (messerspitzenweise in Wasser zu lösen). Am dritten Tage wurde Pat. plötzlich von Konvulsionen befallen, der herbeigerufene Arzt verglich das Bild mit dem eines epileptischen Anfalles; unmittelbar nachher starb der Kranke. Von dem Kali chlor. waren 11,75 verbraucht worden, wahrscheinlich hatte der Kranke die Lösung verschluckt anstatt damit zu gurgeln.

Bei der gerichtlichen Obduktion ergab sich schon bei der Besichtigung der Leiche eine auffällig graue Farbe der Todtenflecke, so dass schon vor der Sektion daraus die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Vergiftung mit Kali chlor. gestellt wurde.

Das Blut war chokoladebraun, trübte sich nach Wasserzusatz, welche Trübung sich durch Ammoniak aufhellte. Die mit Wasser verdünnte und filtrirte Lösung zeigte vor dem Spektrokop in dünnen Schichten die beiden Streifen des Oxyhämoglobin und eine Beschattung in Roth, in dicken Schichten erschien der ganze rechte Theil des Spektrums bis zur Grenze von Gelb und Roth ausgelöscht, in letzterem aber der Methämoglobinstreifen. Die rothen Blutkörperchen waren nicht zerklüftet.

Die Nierenpyramiden gleichmäßig braun gefärbt (nicht braunroth gestrichelt, wie in anderen Fällen), die Tubuli recti waren leer, nur die Gefäße bis hinauf zu den Malpighi'schen Knäueln dicht mit Blut gefüllt. Der Harn weder Blut noch Blutbestandtheile, wohl aber Eiweiß. Im Sedimente Epithelien, keine Cylinder. Im Harn fand sich noch unzersetztes Kali chlor., keines im Blut.

Der Tod war frühzeitig eingetreten, es handelt sich demnach um einen der selteneren Fälle höchst akuten Verlaufes, wo noch nicht alles Gift im Körper zersetzt, die Zerstörung der Blutformbestandtheile und Bluthamen nocht nicht aufgetreten waren. **Seifert** (Würzburg).

474. O. Soltmann. Cysticercus cerebri multiplex bei einem einjährigen Kinde.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 20.)

Bei einem einjährigen Kinde, das vor etwa 4 Wochen mit Erbrechen, Krämpfen, Schielen und Sopor erkrankt, schon am dritten Tage nach der Aufnahme in das Hospital starb, erwies sich eine Cysticerceninvasion des Hirns als Todesursache. Von den Symptomen während des Aufenthaltes, welche ganz die einer Cerebraltuberkulose waren, war auffallend nur ein ruckweises Vorstoßen und Zurückziehen der Zunge. Bei der Sektion fanden sich neben Hydrocephalus externus und internus und Oedema piae matris in der Mitte der grauen Substanz des Gyrus fornicatus rechterseits ein weißlich-blauer, etwa erbsengroßer Cysticercus; ein eben so großer im linken Nucleus lenticularis am hinteren Abschnitt der Capsula interna; zwei kleinere dicht bei einander in der Rinde, an der Spitze des linken Lob. occipit. auf dessen unterer Fläche. Die Umgebung der Herde war besonders blutreich. Wie in den früher beobachteten Fällen von Cysticercus bei Kindern, war auch hier in keinem anderen Körpertheil die Finne, im Darm keine Tänie nachzuweisen. Verf. betont das einzig dastehende jugendliche Alter; die im Leben beobachteten Symptome leitet er vom Hydrocephalus her, da auch die Krampfbewegungen der Zunge kaum als Herdsymptome gedeutet werden können.

Eger (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger,** Berlin, Prof. **Ehrlich,** Berlin, Prof. **Finkler,** Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

N⁰. 35 u. 36. **Sonnabend, den 16. December.** **1882.**

475. D. G. v. Liebig. Die Pulskurve.

(Du Bois-Reymond's Archiv für Physiologie 1882. Hft. 3 u. 4. p. 193—232. Mit 3 Tafeln.)

Die vorliegende Untersuchung ist durchweg an einem künstlichen Kreislaufsapparat ausgeführt, der aus einer mit konischen

Klappen versehenen kleinen Pumpe und aus zwei elastischen Röhren für das arterielle System bestand. Der Abfluss erfolgte in ein besonderes (venöses) System elastischer Röhren (vgl. das Orig.). Zur Darstellung der Kurven diente ein Sommerbrodt'scher Sphygmograph; dieselben wurden entweder bei behindertem oder freiem Abfluss aus dem venösen Rohre aufgenommen.

Verf. fand nun, dass bei einer bestimmten Stoßkraft und Hubmenge (am geschlossenen Rohre) zwei Kurvenspitzen eintreten können, und dass die erste Spitze vor Beendigung des Eintrittes der wellenerregenden Flüssigkeit, daher vor Beendigung des Hubes zu konstatiren ist. Mit dem Klappenschlusse kann die zweite Welle wohl zusammentreffen, ohne aber direkt durch denselben bedingt zu werden. Ein gleiches Verhalten kann am geöffneten Rohre beobachtet werden. Verf. weist an der Hand der durch mannigfache Variirung der Versuchsbedingungen erhaltenen Kurven nach, dass das Eintreten einer Welle vor Beendigung des Hubes hauptsächlich von der Strömungsgeschwindigkeit der eintretenden Flüssigkeitsmenge abhängt, derart, dass bei geringer Geschwindigkeit noch vor Beendigung des Hubes die Bedingungen zur Spitzenbildung erfüllt werden. Diese glaubt Verf. in der durch das Einströmen der Flüssigkeit bedingten Erweiterung und in der durch den jeweiligen Füllungszustand des Rohres verursachten Geschwindigkeit des Eintrittes der Flüssigkeit nachweisen zu können.

Im Momente des Klappenschlusses kann in Folge Zusammenziehung des Rohres, die in der Umgebung der Klappen beginnt, Veranlassung zur Wellenbildung gegeben sein; wenn aber der Eintritt der Flüssigkeit mit der gleichen Geschwindigkeit wie der Abfluss erfolgt, so wird keine Welle gebildet. Mit steigender Stoßkraft kommt aber dieselbe zum Vorschein und kann, allmählich der Kurvenspitze immer näher rückend, schließlich sogar mit ihr verschmelzen. Auf diese Weise können zusammengesetzte Wellen entstehen.

Die Abflusserhebung im absteigenden Kurvenschenkel Rückstoßwelle, Landois) wird nach den Untersuchungen des Verf.s durch eine negative (Thal) Welle hervorgerufen, welche sich beim Abfließen der eingetriebenen Flüssigkeit am Rohrende entwickelt und gegen den Anfang des Rohres fortschreitet. Am geschlossenen und gleichmäßig gefüllten Rohre ist die Welle am Rohrende am größten und liegt der Grundlinie am nächsten; je näher der Sphygmograph gegen den Anfang des Rohres rückt, desto kleiner wird die Welle und desto höher rückt sie auf der Abflusslinie hinauf. Am offenen Rohre ist jedoch die Wellenbildung und die Abflusswelle am Anfangstheile des Rohres am größten und verkleinert sich gegen das Ende, ein Umstand, den der Verf. auf Interferenzerscheinungen der durch das Eindringen der Flüssigkeit in den Schlauch erzeugten Wellen mit den Abflusswellen durch Berechnungen und Messungen der Rohrlängen zurückführt. Es war daher Verf. auch möglich, unter ganz bestimmten Bedingungen Kurven zu erhalten, welche mit den nor-

malen Pulskurven vollständig übereinstimmen. Bei diesen schließt sich die Abflusslinie unmittelbar an die Kurvenspitze an (wenn die Klappenschlusswelle entweder mit der Kurvenspitze zusammenfällt, oder wenn sie erst später eintritt), dann fällt die Abflusslinie entweder ununterbrochen bis zur Abflusswelle ab (wenn der Klappenschluss keine Veranlassung zur Wellenbildung giebt, oder dieselbe schon früher erfolgt ist), oder aber es kommt zur Bildung einer Klappenschlusswelle (bei großer Strömungsgeschwindigkeit), welche auf den verschiedensten Punkten der Abflusslinie aufgesetzt sein kann. Das mehr oder weniger deutliche Auftreten der Abflusswelle hängt von der Geschwindigkeit der Entleerung ab. Dass diese Abflusswelle eine negative von der Peripherie gegen das Centrum verlaufende ist, hat Verf. mit Zuhilfenahme mehrerer an verschiedenen Punkten des Rohres angebrachter Manometer zu beweisen gesucht. In einer folgenden Mittheilung verspricht Verf. die Anwendung dieser Deutung der Wellenbildung an elastischen Schläuchen auf den menschlichen Puls.

Löwit (Prag).

---

476. W. J. Belfield. Über depressorische Reflexe, erzeugt durch Schleimhautreizung.

(Du Bois-Reymond's Archiv für Physiologie 1882. Hft. 3 u. 4. p. 298—313.)

Verf. fand (im Laboratorium von v. Basch), dass man bei kurarisirten Hunden durch mechanische Reizung der Schleimhaut von Vagina und Rectum depressorische Reflexe auf die Gefäße auslösen könne. Der Blutdruck kann um 5—52 % erniedrigt werden. Die Erscheinung ist am deutlichsten, wenn man die oberflächlichen Theile der Schleimhaut reizt, von tieferen erhält man häufig pressorische Reflexe. Die centrifugale Bahn für den depressorischen Reflex liegt in den Nn. splanchnicis, die centripetale Bahn in den aus dem Lendenmarke entspringenden Nerven. Zerstörung des Lendenmarkes vernichtet den Reflex vollständig.

Löwit (Prag).

---

477. P. L. Schweinburg. Weiteres über die Entstehung der respiratorischen Blutschwankungen.

(Du Bois-Reymond's Archiv für Physiologie 1882. Hft. 5 u. 6. p. 540—542.)

In einer früheren Arbeit hatte Verf. bereits darauf hingewiesen, dass die respiratorischen Blutdruckschwankungen hervorgerufen sein dürften durch die in Folge der Kontraktion und Erschlaffung des Zwerchfelles veranlassten Änderungen des intraabdominalen Druckes. Zur Stütze dieser Anschauung führt nun Verf. an, dass die respiratorischen Druckschwankungen (bei Hunden) sistiren, sobald man die Aorta unterhalb des Zwerchfelles komprimirt, wenn nur nach dieser Operation die Thiere ruhig und gleichmäßig weiter athmen (Respirationskurven vor und nach der Operation fehlen. Ref.). Verf.

glaubt mithin einen direkten Beweis dafür erbracht zu haben, dass die respiratorischen Blutdruckschwankungen durch Vermehrung und Beseitigung arterieller Stromwiderstände in den Unterleibsgefäßen in Folge Zwerchfellaktion hervorgebracht werden. (Vgl. dagegen S. de Jager, Pflüger's Archiv 1882. Bd. XXVII. p. 152.)

Löwit (Prag).

---

478. **H. C. Wood** and **E. T. Reichert.** A contribution to our knowledge of the action of certain drugs upon bodily temperature. Beitrag zur Kenntnis des Einflusses gewisser Droguen auf die Körpertemperatur.

(Journ. of physiol. [Foster] 1882. Vol. III. p. 321—326.)

Die Änderung der Körpertemperatur unter dem Einflusse gewisser Substanzen wurde auf kalorimetrischem Wege aus den Änderungen der Wärmeproduktion und der Wärmeabgabe bestimmt. Untersucht wurden die verschiedenen Alkaloide der Chinarinde, einige Kalisalze, Koffeïn, Natronsalicylat, Aconitin, Atropin und Alkohol. Bei Anwendung des Chinin war sowohl Wärmebildung als Wärmeabgabe hochgradig gesteigert, letztere in weit höherem Grade als erstere. Die Kalisalze steigern Wärmebildung und Wärmeabgabe; in den einzelnen Versuchen war entweder die erste gegenüber der zweiten vermehrt, oder umgekehrt. Das Koffeïn erhöhte die Wärmeproduktion in drei Versuchen gegenüber der Wärmeabgabe. Dasselbe gilt vom Alkohol, in zwei Versuchen wurde das umgekehrte Verhältnis konstatirt. Verf. sind nicht in der Lage, angeben zu können, ob unter dem Einflusse der genannten Substanzen primär die Wärmebildung oder die Wärmeabgabe alterirt werden.

Löwit (Prag).

---

479. **v. Mehring.** Über die hypnotisirende und anästhesirende Wirkung der Acetale.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 43.)

M. hat das Dimethylacetal und das Diätylacetal bezüglich ihrer Wirkung auf den Thierkörper geprüft. Bei Fröschen trat nach 0,05 Substanz motorische Lähmung und Bewusstlosigkeit, gefolgt von vollständiger Anästhesie und Erlöschen der Reflexthätigkeit ein. Zur Erholung gebrauchten sie 2 Stunden, die Herzthätigkeit wurde nur in geringer Weise verändert. Eben so zeigte sich bei Warmblütern (Kaninchen 2—4 g subkutan, Hunde 10 g per Schlundsonde) tiefe Narkose und vollständige Anästhesie bei kräftiger Athmung und vollkommen intakter Herzthätigkeit. Letztere wird überhaupt zuletzt afficirt, arbeitet noch fort bei totaler Lähmung aller anderen wichtigen Organe, ganz im Gegensatz zu den chlorirten Anästheticis der Fettreihe, die gerade aufs Herz intensiv einwirken. Versuche am Menschen ergaben, dass bei Dosen von 10—12 g 6 Personen mehrere

Stunden schliefen, 2 gar nicht, dass sich aber auch schon auf 8 g Betäubung und Befreiung von Schmerzen einstellten.

Acetal wirkt also schwächer als Chloral, ist aber in den Fällen vorzuziehen, wo Ätzung oder unangenehme Wirkung auf das Herz vermieden werden soll. Auch eignet es sich vermöge seiner Flüchtigkeit zur gemischten Narkose mit Chloroform.

Karewski (Berlin).

---

480. **Albertoni.** La Cotoina. Das Cotoin.

(Annal. univers. di med. e chir. 1882. No. 29.)

Nach kurzen pharmakologischen Bemerkungen über das von Jobst entdeckte wirksame Princip der Cotorinde, das Cotoin, bespricht A. die physiologischen Wirkungen desselben. „Beim gesunden Menschen erhöht das Cotoin in Dosen von 0,1—0,2 mehrmals täglich den Appetit, hat keinerlei unangenehme Nebenwirkungen und erzeugt keine Verstopfung. In alkalischer Lösung bei Kaninchen subkutan injicirt, zeigt es keine erwähnenswerthen Wirkungen. Es löst sich nicht im Magen und nur langsam in der alkalischen Darmflüssigkeit. Trotzdem wird es resorbirt, da es im Harn nachgewiesen werden kann. Seine charakteristischen Reaktionen sind: gelbe Färbung durch Alkalien, blutrothe durch Salpetersäure, gelbbraune durch Schwefelsäure. Es besitzt nur geringe, fäulniswidrige Eigenschaften.

Therapeutisch hat A. das Cotoin in ca. 100 Fällen von Diarrhoe geprüft und überwiegend günstige Resultate erhalten. Er theilt eine Reihe von Krankengeschichten im Auszug mit, über die das Nähere im Original nachzusehen ist. Die Mehrzahl seiner Pat. betraf Geisteskranke und sehr heruntergekommene Individuen. Um die Wirkung des Mittels rein zu erhalten, hat er stets mit Sorgfalt darauf geachtet, dass alle Bedingungen, welche die Diarrhoe beeinflussen könnten, z. B. Nahrung, Temperatur der Umgebung etc., während der Dauer der Anwendung möglichst gleich blieben. Auf Grund seiner Erfahrungen stellt er folgende Sätze auf:

1) Das Cotoin ist indicirt in der Diarrhoe, die so oft die verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten komplicirt. Man nimmt allgemein an, dass es sich in diesen Fällen um neuro-paralytische Diarrhoe handelt, ähnlich derjenigen, die man künstlich erzeugen kann, wenn man eine Darmschlinge ihrer Nerven beraubt. Sicher ist, dass bei der Diarrhoe der Geisteskrankheiten das sehr gesunkene Resorptionsvermögen eine Hauptrolle spielt. In einem Fall von allgemeiner progressiver Paralyse und in einem andern von Dementia paralytica nach Alkoholismus im letzten Stadium blieb das Cotoin wirkungslos. Beide Kranken starben bald und die Autopsie ergab hochgradige anatomische Veränderungen im Tractus intestinalis.

2) Das Cotoin ist indicirt beim einfachen chronischen Intestinalkatarrh; hier sind die Resultate sehr günstig.

3) Es ist ferner indicirt bei der Diarrhoe von kachektischen und

marantischen Individuen, nach konsumptiven Erkrankungen, Anämie. Malaria.

4) Das Cotoin ist von vorzüglicher Wirkung in der Diarrhoe der Phthisiker.

5) Es ist indicirt bei den Diarrhoen der Säuglinge und während der Dentitionsperiode. Endlich scheint es die Diarrhoe der Pellagrakranken günstig zu beeinflussen.

A. giebt das Mittel in Dosen von 15—20 cg und mehr (bis zu 60 cg), ohne üble Nebenwirkungen zu sehen. Die beste Form ist das Pulver, so wie es im Handel vorkommt, in Oblaten zu nehmen; doch muss man sich von der Güte und Echtheit des Präparats überzeugen. In schweren Fällen giebt A. obige Dosis 4stündlich. Bezüglich der Wirkungsweise des Cotoin nimmt A., da die fäulniswidrigen und adstringirenden Eigenschaften desselben gering sind, und es die peristaltischen Bewegungen des Darmes nicht verändert, einen specifischen Einfluss auf die Darmepithelien an, deren physiologische Kräfte es modificirt und ihre Ernährung anregt. »Die Resorption im Darm ist nicht allein von physiko-chemischen Gesetzen abhängig, sondern die physiologische Thätigkeit der Epithelien spielt dabei eine Hauptrolle. Funktioniren letztere nicht, so ist die Resorption verändert, die Produkte der Verdauung bleiben größtentheils im Darm und werden mit der Diarrhoe entleert. Der ganze Verdauungstraktus ist einer Drüse vergleichbar, deren Epithel die verdauten Stoffe anzieht und sie in den Blutstrom überführt. Wird das Epithel in seiner Thätigkeit herabgesetzt, wie dies beim Intestinalkatarrh und bei gestörter Innervation des Darmes der Fall ist, so nimmt es nicht nur Nichts auf, sondern lässt Stoffe aus dem Blute durchfiltriren. Das Cotoin hat die Eigenschaft, diese Modifikation des Epithels, bei dem es die Fähigkeit, sich zu ernähren und zu resorbiren verloren hat, in günstiger Weise zu beeinflussen.« Zur Stütze dieser Annahme führt A. die von Fronmüller beobachtete gute Wirkung des Cotoins bei den profusen Schweißen der Phthisiker so wie die von ihm selbst gesehenen Erfolge des Mittels bei Speichelfluss an.

Brockhaus (Godesberg).

---

481. **Brush.** Acute milk-poisoning. Akute Milchvergiftung.

(The med. record. Bd. XXII. No. 16.)

B. ist der Ansicht, dass die große Mehrzahl der Magen-Darmkrankheiten der Säuglinge, speciell die sog. Cholera infantum, verursacht wird durch den Genuss von Milch, welche giftige Stoffe enthält; dem gegenüber kommen andere üble Einflüsse, wie übermäßige Hitze, Zahnen etc. kaum in Betracht. Er schlägt vor, die Bezeichnung »Cholera infantum« durch »akute Milchvergiftung« zu ersetzen. »Unsere Kühe secerniren die Milch unter abnormen Bedingungen. Wir halten die Thätigkeit der milchabsondernden Drüse künstlich von einer Geburt zur andern durch Brunstzeit und Schwan-

gerschaft aufrecht. Da sich dies Generationen hindurch wiederholt, so resultirt daraus, dass das Euter aus einer sekretorischen zu einer exkretorischen Drüse wird. Wenn eine milchende Kuh Nahrung zu sich nimmt, die bei anderen Thieren Durchfall erzeugen würde, so giebt sie einfach mehr Milch und selten treten stärkere Verdauungsstörungen ein; aber unter diesen Umständen enthält die Milch giftige Stoffe.«

Zu den Bedingungen, unter welchen die Milch schädliche Stoffe enthält, rechnet B. 1) unzweckmäßige Ernährung, Übergang von dem trockenen Winterfutter zu dem saftreichen Futter des Frühlings, Fütterung mit den Abfällen der Brau- und Brennereien, welche die Milch eiweißreicher und dadurch zu Zersetzungen geneigter machen etc.; 2) Misshandlungen der Kühe; 3) Brunstzeit und Schwangerschaft; 4) Krankheiten, und zwar neben der großen Zahl von Allgemeinerkrankungen besonders die nicht seltenen aber meist vernachlässigten Traumen der Euter.

Zur Stütze seiner Ansicht theilt er eine Reihe eigener und fremder Beobachtungen mit, bei denen der schädliche Einfluss der erwähnten Bedingungen auf die Milch resp. die Gesundheit der damit ernährten Säuglinge mit Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Unter 200, während des letzten Sommers seiner Sorge unterstellten Kindern kam kein einziger Fall von Magen-Darmerkrankung vor.

Brockhaus (Godesberg).

---

482. **E. Bälz.** Infektionskrankheiten in Japan, mit besonderer Berücksichtigung der Kakke (Beriberi, Polyneuritis endemica).

Yokohama 1882. 25 S.

Flecktyphus, nach Wernich auf den japanischen Inseln unbekannt, ist nach Verf. zwar selten, kommt aber vor. Beim Abdominaltyphus fehlt meist die Diarrhoe (es besteht eher Verstopfung); die Darmblutungen sind häufig und gefährlich, Bronchitis ist selten, Decubitus kommt fast nie vor. — Rückfalltyphus ist mit Sicherheit in Japan noch nicht beobachtet worden. Pocken sind neuerdings sehr selten geworden: die Impfung ist zwar nicht obligatorisch, wird aber amtlich sehr empfohlen. Masern sind in Japan lange bekannt und treten von Zeit zu Zeit (im Ganzen selten) epidemisch auf. Scharlach, nach Wernich in Japan nicht vorkommend, ist nach Verf. beobachtet worden, wenn auch selten, bei Frauen und Kindern sah B. die Krankheit nie, wohl aber bei Jünglingen und Männern zwischen 10—30 Jahren. Rötheln (rubeolae, jap. Kasahana) verlaufen leicht und sind oft von Scharlach nicht leicht zu unterscheiden. Meist wird das Leiden bei Erwachsenen beobachtet. Cholera herrscht seit 1877 fast in jedem Jahre in Japan. 1879 erreichte die Sterblichkeit an einzelnen Orten 80 %. — Dysen-

terie kommt vor, aber selten; große Dosen Kalomel mit Ol. Ricini bewährten sich nach Verf. am besten. Leberaffektionen im Gefolge der Krankheit wurden nicht beobachtet. — Diphtherie zeigte sich in den letzten Jahren häufiger; Pilokarpinbehandlung wirkte günstig, Lähmungen und Nephritis sind auffallend selten. — Puerperalfieber kommt vor, wenn auch nicht epidemisch. Malaria ist häufig (Tertiana und Quotidiana am häufigsten); sehr häufig sind in Tokio und Umgebung die larvirten Formen; oft verbindet sich Malaria mit Kakke und Abdominaltyphus.

Kakke (Beriberi) zeigt sich jeden Sommer von Nagasaki bis Yezo, vom 31° bis 42° n. Br. Sie kommt an der Küste und in den Tiefebenen vor; es ist eine miasmatische Krankheit und tritt auch dort auf, wo von einer vorwiegenden Reisnahrung, wie z. B. an den Küsten, nicht die Rede ist.

Erbliche Übertragung oder Prädisposition besteht nicht: Kinder vor der zweiten Dentition erkranken nie; die Mehrzahl der Kranken gehört dem 15.—25. Jahre an; nach dem 25. Lebensjahre nimmt die Zahl der Kranken schnell ab. — Frauen erkranken weit seltener, als Männer. — Leute mit kräftiger Konstitution erkranken häufiger, als schwächliche, Leute in günstigen socialen Verhältnissen häufiger, als die Angehörigen niederer Stände. Fette Menschen sind ganz besonders zur Erkrankung disponirt. Andererseits kompliciren sich (in den Hospitälern) Pleuritis, Typhus, Disenterie leicht mit Kakke: eben so befördert enges Zusammenwohnen und sitzende Lebensweise die Entstehung der Krankheit. Schüler und Soldaten erkranken leicht. — An Ort und Stelle Geborene erkranken sehr viel seltener, als von auswärts Zugezogene: nach mehrmonatlichem bis 1jährigem Aufenthalt erkranken die Leute zuerst, dann wiederholen sich die Anfälle oft viele Jahre hindurch regelmäßig; Recidive sind eben häufig, die späteren Anfälle meist milder. — Chinesen erkranken selten, Europäer fast nie. Die Kakke ist in ausgesprochener Weise eine Krankheit der warmen Jahreszeit, besonders der regnerischen Sommer. Der Eintritt der kühlen Jahreszeit, so wie Gebirgsaufenthalt wirkt günstig auf den Verlauf der Kakke ein.

Verf. unterscheidet drei Formen des Leidens: 1) die trockne, 2) die wassersüchtige Form: beide sind subakut oder chronisch und werden häufig beobachtet, 3) die akute oder asphyktische Form, die äußerst gefährlich, aber glücklicherweise selten ist.

1) Die trockne, atrophische Form. Hauptsymptome sind Unsicherheit, Schwäche der Beine, Parästhesien an der Vorderfläche der Unterschenkel, aufgehobenes Kniephänomen, beschleunigte Herzaktion. Später Atrophie und Lähmung der Unterschenkelmuskulatur; diese Zustände können sich auch an den oberen Extremitäten einstellen, so dass die Kranken ganz gelähmt sind. Blase und Mastdarm bleiben verschont. Kein Decubitus, keine Albuminurie. Genesung nach Monaten.

2) Wassersüchtige Form, im Wesentlichen wie die vorige.

nur tritt Ödem hinzu (zuerst an den Knöcheln oder Unterschenkeln), auch Transsudationen in die Körperhöhlen hinein; spärlicher, eiweißfreier Urin. Die Wassersucht ist ein accidentelles, kein wesentliches Symptom.

3) Akute, perniciöse Kakke (Shooshin), meist jugendlich kräftige Leute befallend: Fieber, Anämie, schwere Dyspnoe, Präkordialangst, Erbrechen, Cyanose, Tod durch Asphyxie.

Die Sekretionsthätigkeit der Haut ist bei der Kakke nicht wesentlich verändert; die Sensibilitätsstörungen bestehen in Abnahme der Empfindung (auch für elektrische Reize und Temperatureindrücke) und in Parästhesien; Decubitus fehlt. — In Bezug auf die Muskulatur ist die Atrophie und Lähmung der Extremitätenmuskeln (und Parästhesie) das Hauptsymptom der Krankheit. Von den Hirnnerven sind betheiligt der Vagus (Rami cardiaci), was sich auch in Bezug auf die Kehlkopfsmuskeln zeigt (heisere, schwache Stimme, Aphonie), selten der N. facialis; Kontrakturen fehlen; die Sehnenreflexe sind aufgehoben: druckempfindlich sind (charakteristisch) die Wadenmuskeln.

Die elektrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln ist bedeutend herabgesetzt, oft besteht Entartungsreaktion. In Bezug auf das Gefäßsystem findet man Palpitation, vermehrte Pulsfrequenz (90—100 oft 120—140). — Die Wassersucht ist von einer Nierenaffektion nicht abhängig. — Die Kakke kann sich mit vielen anderen Krankheiten kompliciren (Phthisis, Pleuritis, Dysenterie, Typhus, Malaria, selten mit Myelitis spinalis). — Der Hauptbefund bei der Sektion liegt in der Erkrankung der peripheren Nerven: Degeneration und Zerfall der Fasern, wie nach Durchschneidungen. So ist es meist bei akuten Fällen; bei chronischen kommt es besonders zu gallertartig aussehenden Wucherungen der Neuroglia: N. vagus und phrenicus sind mitbetheiligt, eben so die Nierennerven. Herzfleisch blass, aber nicht verfettet, Endokard normal, Klappenerkrankungen fehlen. Leber, Milz, Lungen im Wesentlichen intakt.

Das Wesen der Kakke besteht in einer multiplen peripheren Neuritis auf infektiöser Grundlage: Neuritis multiplex endemica. Auch der Sympathicus ist nicht unbetheiligt, in so fern neuerdings vom Verf. eine Degeneration der Ganglienzellen im Halstheil, so wie in den Plexus pulm. und cardiaci gefunden wurde.

In Bezug auf die Therapie hat man zunächst disponirte Menschen besonders während des Sommers aus den Kakkegegenden zu entfernen: Klimawechsel, besonders Aufenthalt auf Höhen, ist zu empfehlen. In frischen Fällen fand B. Pilokarpin (0,02), abwechselnd mit Salicylsäure (0,1, 4—5mal täglich) nützlich. Gegen die Pulsfrequenz und Herzschwäche wird Digitalis zu 1 g pro Tag empfohlen; Kali acet. (4,0 pro die) mit Digitalis gegen den Hydrops; Kalium brom. gegen zu starke Hyperästhesie. — Bei chronischem Verlauf wird der Gebrauch von Arsenik und Eisen angerathen. — In den schweren Fällen (bei Dispnoe, Cyanose) ist der Aderlass das

einzige Hilfsmittel. In Bezug auf die Diät wird Leguminosennahrung und Milch, gegen die Atrophie und Lähmung der Gebrauch des konstanten Stroms (Kathode peripher, Anode central), des inducirten Stroms und Strychnin (0,005 subkutan täglich oder alle 2 Tage) anempfohlen. **Bernhardt** (Berlin).

---

483. **S. Th. Stein** (Frankfurt a/M.). Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der menschlichen Cestoden. Ätiologie, Pathologie und Therapie der Bandwurmkrankheiten des Menschen.

Lahr, **Moritz Schauenburg**, 1882.

Das vorliegende Buch bildet den ersten Theil eines auf vier Bände berechneten Werkes über »die parasitären Krankheiten des Menschen«, welches in einer zweiten Lieferung »Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der Nematoden, Trematoden und Arachnoiden«, in einer dritten »Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der Dermatozoën, Epizoën und Epiphyten«, endlich in einem vierten und letzten Bande »Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der Protozoën, Infusorien und Spaltpilze« behandeln soll.

Nach einer kurzen historischen Einleitung behandelt Verf. zunächst den Finnenzustand der Bandwürmer: der Taenia solium, deren Finne (Blasenwurm, Cysticercus) in dem Muskelfleisch der Schweine gefunden wird; der Taenia saginata (mediocanellata), deren Finne in dem Fleische der Rinder, aber auch der Rehe, Hirsche, Gazellen, Ziegen vorkommt; der bei dem Hunde häufig sich findenden Taenia marginata, deren Jugendzustand als Cysticercus tenuicollis in dem Darmnetz von Wiederkäuern und Schweinen, gelegentlich aber auch, besonders in Island, beim Menschen beobachtet wurde (Leuckart); ferner der ebenfalls beim Hunde vorkommenden Taenia serrata, deren Finne, der Cysticercus pisiformis, sich häufig in den Eingeweiden von Kaninchen findet; der Taenia coenurus, deren Eier aus dem Darmkanal der Schäferhunde auf die Weide gesetzt, von den Schafen mit dem Futter aufgenommen werden, und auf dem Wege der Cirkulation ins Gehirn der Schafe gelangend und sich dort zum Coenurus cerebralis entwickelnd, zur bekannten Drehkrankheit der Schafe Veranlassung geben; endlich wird der von Weinland in Amerika 1861 beschriebene und seither nicht wieder beobachtete, mit einem dreifachen Hakenkranz versehene Cysticercus acanthotrias, dessen zugehöriger Bandwurm bisher noch nicht gefunden worden, besprochen.

Das zweite Kapitel, der Entwicklungsgeschichte der menschlichen Bandwürmer aus in den Magen gelangenden und dort durch die Wirkung des Magensaftes ihrer Hülle entledigten Cysticerken gewidmet, bespricht u. A. die gemeinschaftlichen und unterscheidenden Merkmale der Taeniae solium und saginata. Beiden gemeinsam ist vor allen Dingen die an den Seitenrändern, auf der Kante der Glieder befindliche, papillenartig hervorragende Geschlechts-

öffnung, gegenüber der Gattung Botriocephalus, bei welcher sie sich in der Mittellinie der Bauchfläche befindet; unter einander ist eine Differentialdiagnose sowohl durch Kopf, wie auch durch die einzelnen Glieder und die Form der Eier möglich: Der Kopf der Taenia saginata besitzt keinen Hakenkranz, der der Taenia solium einen aus 25—26 Haken bestehenden doppelreihigen Hakenkranz; die Glieder der Saginata sind größer und kräftiger entwickelt, besitzen einen in etwa 20 (beiderseits) feine Seitenzweige ausgehenden Fruchthalter, während der Fruchthalter der Glieder von Taenia solium nur etwa 7—10 Seitenzweige auf jeder Seite hat, die in Folge dessen aber gröber und dicker sind, als bei T. saginata; die Eier endlich von Taenia saginata sind etwas größer, ziemlich oval, besitzen eine starke Eischale, während die von T. solium etwas kleiner, ziemlich kugelförmig, mit einer dünneren Eischale versehen sind. Die Farbe der T. saginata ist gelblich, die der T. solium milchweiß mit einem Stich ins Bläuliche.

Für die häufiger vorkommende Art erklärt Verf. die T. saginata; er hat unter 221 abgetriebenen Bandwürmern 176mal T. saginata, nur 45mal die T. solium konstatirt. Der Name T. solium (der Einsiedlerbandwurm) kommt eher der T. saginata zu, die nur in äußerst seltenen Fällen zu zweien oder mehreren in einem Darme beobachtet wurde, während dies bei T. solium keine Seltenheit ist. (Leuckart beobachtete gleichzeitiges Vorkommen von 17, Küchenmeister von 33 solcher Würmer.) Verf. empfiehlt daher statt T. solium den Namen T. armata (wegen des Hakenkranzes). Die Maximallänge der T. saginata giebt Verf. auf 8—9 m an, mit Küchenmeister, und gegenüber Leuckart, der sie auf 4 m angegeben hatte, ihre Durchschnittslänge auf $3^1/_2$—5 Meter; die Durchschnittslänge der T. solium beträgt 2—3 m.

Ausführlich wird in diesem Kapitel auch die Entwicklung der Geschlechtsorgane und die Fortpflanzung der beiden Taenien berücksichtigt.

Das dritte Kapitel behandelt die Gattung Bothriocephalus, den Bothriocephalus latus oder »breiten Grubenkopf« (Bremser), und die sehr seltenen B. cordatus (Leuckart) und B. cristatus (Davaine). Bezüglich der noch unerledigten Frage, ob und in welchem Thiere ein finnenartiger Zwischenzustand auch bei diesem Bandwurm vorkommt, betont Verf. die Möglichkeit, dass die Fische als Träger eines solchen Finnenzustandes dienen; er führt dafür besonders die Thatsache an, dass Bothriocephalus häufig bei orthodoxen Juden beobachtet wurde, denen einerseits der Genuss rohen Fleisches rituell verboten ist, andererseits gerade Fische eine ganz besondere Lieblingsspeise sind. (In der St. Petersburger med. Wochenschrift 1882 No. 16 findet sich eine Veröffentlichung von M. Braun [Dorpat] über Fütterungsversuche, die dieser an Hunden und Katzen mit den in Muskeln, Leber, Geschlechtsdrüsen von Hecht und Quappe vorkommenden Finnen anstellte; es gelang ihm, lebende geschlechts-

reife Botriocephalen zu erzeugen, die sich von den menschlichen nur dadurch unterschieden, dass sie, wohl entsprechend ihrem Aufenthaltsorte, etwas kleiner waren. Unter 60 untersuchten Hechten war nur einer finnenfrei. Als Träger der Bothriocephalusfinne muss danach wohl Hecht und Quappe bezeichnet werden. Ref.)

Im vierten Kapitel bespricht Verf. einige sporadisch bei dem Menschen beobachtete Bandwurmarten, die T. nana oder den Zwergbandwurm, welcher von Bilharz im Jahre 1853 in Ägypten gefunden, von Siebold genauer beschrieben wurde, übrigens wegen seiner Kleinheit häufig mit der T. echinococcus verwechselt wird, die T. flavopunctata (Palmer-Amerika, 1842), die T. cucumerinaeliptica und einige andere zweifelhafte oder jedenfalls sehr seltene Abarten.

Kapitel V behandelt die medicinische Bedeutung der Cysticerken und die Pathologie und Therapie der Bandwurmkrankheiten. Bezüglich der Therapie giebt Verf. vor allen anderen Mitteln dem Extractum filicis maris aethereum den Vorzug, das er in Dosen von 7,5—10,0, bei Kindern 4,0—6,0 gr, in 15—20 elastische Gelatinkapseln vertheilt, morgens früh bei nüchternem Magen innerhalb einer halben Stunde unter Beigabe von schwarzem Kaffee nehmen lässt; eine halbe Stunde darauf eine Schüttelmixtur von Kognak, Ricinusöl und Syrupus Zingiberis āā 15,0, und nach Abgang des Wurmes Wein und kräftige, leicht verdauliche Nahrung. Als Vorkur giebt Verf. nur am Tage vor der Kur ein leichtes Abführmittel, und achtet darauf, dass an diesem Tage keine Nahrungsmittel genommen werden, welche harte Faeces erzeugen (Brot, Kartoffeln, Hülsenfrüchte, Fleisch, kernhaltiges Obst), damit der Bandwurm nicht durch harte Faecalmassen mechanisch zerstückt wird. Rücksichtnahme auf Mondwechsel »gehört in die Rumpelkammer medicinischen Aberglaubens«. Kontraindikationen seien nur akute Krankheiten und die Menstruationszeit der Frauen, während Schwangerschaft um so weniger von einer Bandwurmkur abhalten dürfe, weil bei der durch sie häufig bedingten Neigung zum Erbrechen die Möglichkeit des Eindringens von Proglottiden in den Magen und damit die Gefahr einer Selbstinfektion mit Cysticerken ganz besonders bestehe.

Das sechste und Schlusskapitel ist der Besprechung der Echinokokken, der Blasenwürmer der $2^1/_2$—4 mm großen T. echinococcus des Hundes, und der durch sie bedingten Echinokokkenkrankheit gewidmet. Bei Besprechung der Diagnose erwähnt Verf. auffälligerweise nicht die Sicherstellung derselben durch Vornahme der Probepunktion und Nachweis von Echinokokkenhäkchen in der erlangten Flüssigkeit.

Das Buch enthält als Beigabe, außer 79 in den Text gedruckten Illustrationen 14 phototypische Tafeln mit 115 photographischen, größtentheils mikrophotographischen Abbildungen nach theils eigenen, theils von hervorragenden Fachgenossen ad hoc erhaltenen Präparaten. Diese Abbildungen sind wahrhaft vorzüglich. Die Schilderung des

Verf., welche überall an die gegebenen Abbildungen anknüpft, ist kurz, einfach und klar. Das in jeder Beziehung gut ausgestattete Werk zeigt in der That, wie Vortreffliches geleistet werden kann, »wenn Autor, Verleger und Illustrator in geeigneter Weise zusammenwirken«.

Freudenberg (Berlin).

---

484. **Glax** (Graz). Über den Zusammenhang nervöser Störungen mit den Erkrankungen der Verdauungsorgane und über nervöse Dyspepsie.

(Sammlung klin. Vorträge No. 223.)

Es steht fest, dass sowohl der frische, wie der veraltete Magenkatarrh Störungen des Nervenlebens nicht gerade selten hervorrufen kann, ja es können selbst wirkliche Psychosen entstehen, welche in das Gebiet der Melancholie mit hypochondrischer Färbung gehören. Eine Erklärung dafür finden wir vielleicht darin, dass das Gefäßsystem des Gehirnes durch die in das Ganglion cervicale inferius inserirenden Nervi splanchnici in unmittelbare Beziehung zu jenem der Eingeweide tritt und dass mechanische Reizungen des Magens Blutdrucksteigerungen bewirken; weiterhin fand Senator, dass die allgemeinen Störungen des Nervensystems bei Erkrankungen der Digestionsorgane in manchen Fällen auf der Resorption abnormer Verdauungsprodukte beruhen. Diese Vorgänge, also Blutdruckänderungen und Resorption abnormer Verdauungsprodukte, verursachen wenigstens die im Beginn eines Magenkatarrhes auftretenden Erscheinungen, während die später sich einstellenden schweren nervösen Symptome als die Folge einer wirklichen Ernährungsstörung des Gehirnes anzusehen sind.

Es war G. die Möglichkeit geboten, sich zu überzeugen, dass es anderseits bedeutende dyspeptische Beschwerden geben kann, welche den Kranken auf das äußerste herabbringen — und doch ist man nicht berechtigt von einem Magenkatarrh zu reden. Vorgänge, welche Leube unter dem Namen »nervöse Dyspepsie« veröffentlicht hat: Aufstoßen, Übelkeit, Kopfschmerz, hypochondrische Stimmung, Alles ist vorhanden und doch ergiebt die Probeausspülung des Magens normale Verdauungsvorgänge. Diese Krankheit, welche Leube von den andern Magenerkrankungen abtrennt, ist überwiegend den höhern Ständen und dem reiferen Alter eigen. Verf. wirft dem gegenüber die Frage auf, ob wir berechtigt sind, die nervöse Dyspepsie als eine Erkrankung sui generis aufzufassen oder ob dieselbe nicht nur eine Theilerscheinung einer allgemeinen Nervenschwäche der Neurasthenie bildet. Dies glaubt G. bejahen zu müssen, vorwiegend gestützt auf die ätiologischen Momente. Hereditäre Belastung, schwächende Einflüsse, namentlich sexuelle Excesse, anstrengende Geistesthätigkeit und vorausgehende schwere Erkrankungen bilden die Hauptgründe sowohl für die Entstehung der Nervenschwäche als auch für das Zustandekommen der Dyspepsie asthénique. Fraglich erscheint es G.

nur, ob nicht schwere Magenkatarrhe eben so wie andere schwächende Erkrankungen nach und nach zur nervösen Dyspepsie resp. zur Neurasthenie führen können.

Die Symptome der nervösen Dyspepsie sind mannigfaltig, wie jene der Nervenschwäche überhaupt, sie beziehen sich vorwiegend auf eine Funktionsstörung der pneumogastrischen Nerven, so dass die nervöse Dyspepsie als eine Vagusneurose zu bezeichnen ist. Ähnlich wie bei den organischen Erkrankungen des Gehirnes und Rückenmarkes schwere dyspeptische Erscheinungen auftreten können, eben so bildet die nervöse Dyspepsie eine Theilerscheinung der funktionellen Nervenschwäche.

Die Therapie muss gerade wie bei der Behandlung der Neurasthenie auf die Kräftigung des gesammten Nervenlebens bedacht sein: Kaltwasserkur, Elektricität sind der medikamentösen Behandlung vorzuziehen; doch wirken Ergotin und Zinkpräparate günstig. Das Hauptmoment der Behandlung liegt aber unstreitig in einer zweckmäßigen psychischen Therapie, namentlich bei hereditär belasteten Pat. G. vermag eine größere Anzahl von Erkrankten aufzuweisen, welche er durch Behandlung der Psyche herstellte, so dass die Prognose lange nicht so ungünstig erscheint bei dieser Behandlung, als Leube sie stellt.

Prior (Bonn).

---

485. **Mackenzie.** On diphtheria. Über Diphtheritis.

(The med. record Bd. XXII. Hft. 17.)

M. bespricht zunächst die Kontroversen über das Wesen der Diphtheritis (s. die Details im Original). Er erinnert an die Untersuchungen von Wood, der in jedem Fall von schwerer Diphtherie, aber auch von hochgradiger Entzündung des Halses ohne diphtheritischen Belag Bakterien im Blut fand, und zwar in einer mit der Schwere der Erkrankung wachsenden Menge; diese Bakterien wirken zerstörend auf die weißen Blutkörperchen. M. plaidirt für Identität von Krup und Diphtheritis. Er unterscheidet diphtheritischen, katarrhalischen und nervösen Krup und versteht unter letzterem die als Laryngismus stridulus bekannte Affektion. Er erklärt die Diphtheritis für eine, im Anfang wenigstens immer lokale Erkankung. Sodann bespricht er Prognose und Therapie. Er empfiehlt eine von Anfang an lokale und stimulirende Behandlung (Kognak, Portwein etc.). Letztere muss Nacht und Tag fortgesetzt und die Kranken ev. aus dem Schlaf geweckt werden (Ref. hat diese Methode vor zwei Jahren in einer beschränkten aber bösartigen Epidemie mit sehr gutem Erfolg angewandt). M. rühmt ferner den innerlichen Gebrauch von Eisenchlorid (zu 3—4 g in entsprechender Verdünnung pro die) und von Chinin bei hohem Fieber; in leichteren Fällen Kal. chlor. und Bals. Copaiv. in Kapseln. Bezüglich der lokalen Behandlung verwirft M. alle diejenigen Mittel, welche auf die diphtheritischen Membranen zerstörend wirken sollen, welche aber gleichzeitig stark reizende

Eigenschaften auch auf die gesunden Gewebe haben, und empfiehlt die milder wirkenden: Kalkwasser und Milchsäure. Ferner hat er gute Erfolge bei einem von ihm zuerst eingeführten Verfahren gesehen; er bestreicht die Membranen resp. die erkrankten Partien mit einer Lösung von Tolu in Äther, Chloroform oder Alkohol (1:5). Dies giebt einen vollkommen luftdichten Firnis, unter dem die diphtheritischen Membranen sich nicht weiter entwickeln. Die Eisbehandlung ist nach M. im Anfang der Krankheit indicirt, in späteren Stadien, wenn die Membranen sich zu lösen beginnen, die Inhalation warmer Dämpfe oder zerstäubter antiseptischer Flüssigkeiten. Die Tracheotomie soll zu rechter Zeit gemacht werden, d. h. nicht zu früh, ehe wirklich Gefahr droht, aber auch nicht zu spät; M. hält die Operation für vollständig nutzlos, wenn ein größerer Theil der Lungen bereits nicht mehr für Luft durchgängig ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

486. M. Jaffe. Beobachtungen mit der Pulsuhr von L. Waldenburg.

(Virchow's Archiv Bd. XC. p. 33.)

Nach kurzer Beschreibung der Pulsuhr und Erläuterung der von Waldenburg angegebenen Methoden, um den Puls und Blutdruck zu messen, theilt der Verf. folgende, noch von Waldenburg mit Hilfe der Pulsuhr gemachte Beobachtungen mit. Bei 6 gesunden Männern betrug der mittlere Blutdruck 229,3 mm, während Waldenburg bei seinen früheren an gesunden Männern und Frauen ausgeführten Messungen einen mittleren Werth von 249 mm gefunden hatte. Die für die Gesammtspannung der Arterien berechneten Werthe waren den Blutdruckzahlen nicht proportional, schwankten außerdem in sehr weiten Grenzen. Die Wandspannung zeigte bei den verschiedenen Individuen sehr verschiedene Werthe, ergab sogar bei einer und derselben Versuchsperson in den einzelnen Messungen sehr große Differenzen. Die für die Arteriendurchmesser berechneten Mittelwerthe stimmten mit den von Waldenburg früher an gesunden Männern gefundenen ziemlich nahe überein. In 4 Fällen von Chlorosis wurden sowohl für den Blutdruck als auch für die Gesammtspannung der Arterien viel niedrigere Werthe als bei den Gesunden gefunden, während die Mittelzahlen für die Arteriendurchmesser den Normalwerthen ziemlich nahe standen. In mehreren Fällen von Anämie, die theils als wesentlichstes Krankheitssymptom, theils als Nebenerscheinung auftrat, schwankte der Blutdruck zwischen 171 und 207 mm. Bemerkenswerth waren in einem Falle von Diabetes insipidus, der mit starker Anämie verbunden war, die hohen Zahlen für den Blutdruck (246 mm) und die Gesammtspannung der Arterien (454 g). Wie in seinen früheren Beobachtungen fand Waldenburg bei einer Anzahl Phthisiker abnorm niedrige Werthe, während sich in Fällen von Emphysem mit chronischer Bronchitis

abnorm hohe Zahlen sowohl für den Arterienumfang als auch für die Pulsgröße und Arterienspannung herausstellten. Endlich zeigten sich in mehreren Fällen von Erkrankung der Mitralis je nach dem Grade der Kompensation durch Herzhypertrophie theils normale, theils abnorm niedrige Werthe. **Grunmach (Berlin).**

---

487. A. Wolfram. Über das Verhalten des Körpergewichts bei akut fieberhaften Krankheiten. (Aus der med. Klinik des Prof. Korczyński in Krakau.)

(Gazeta lekarska 1882. No. 38—41. [Polnisch.])

I. In der krupösen Pneumonie sind die Körpergewichts-Schwankungen verschieden je nach dem Krankheitsstadium.

1) Während der Fieberperiode. In Fällen mit relativ hoher Febris continua nimmt das Körpergewicht von Tag zu Tag nur sehr unbedeutend ab (0,10—0,30 kg). Je weniger regelmäßig das Fieber verläuft, je öfter neben hohen Fieberexacerbationen Remissionen vorkommen und je bedeutender dieselben sind, desto größer sind die Körpergewichts-Abnahmen (täglich 0,70—1,0 kg). Kurz vor der Krisis, wo der Krankheitsprocess, sowohl was das Fieber, als auch die lokale Lungenaffektion anbetrifft, die größte Intensität zeigt und fast gar keine Remissionen existiren, zeigt sich sehr oft eine (gewöhnlich einmalige), zuweilen ziemlich bedeutende Körpergewichts-Zunahme (0,40—0,80 k), oder auch das Körpergewicht erhält sich auf derselben Höhe. Jede stärkere und länger anhaltende Diarrhoe verursacht einen bedeutenderen Körpergewichts-Verlust.

2) Während der Krisis zeigt das Körpergewicht die bedeutendste Abnahme (0,50—0,90); je weniger der Körpergewichts-Verlust während des Fieberstadiums betrug, desto größer pflegt er während der Krisis auszufallen.

3) In der fieberlosen Krankheitsperiode nimmt das Körpergewicht trotz des nun besseren Appetits gewöhnlich noch einige Zeit hindurch mehr oder weniger ab, wobei die Größe des Körpergewichts-Verlustes sowohl von dem primären Ernährungszustande des Pat., als auch davon abhängt, wie viel derselbe während der zwei ersteren Krankheitsstadien an Gewicht verloren hat. (Ausnahmsweise kommt es vor, dass das Körpergewicht unmittelbar nach der kritischen Defervescenz sich vergrößert.) Nach einiger Zeit fängt das Körpergewicht wieder an mehr oder weniger rasch zuzunehmen, was vornehmlich von den die Ernährung des Pat. beeinflussenden Bedingungen abhängt.

II. Flecktyphus. 1) Während des Fiebers verhält sich das Körpergewicht ähnlich wie in der Fieberperiode der Lungenentzündung. Hier wie dort fallen die bedeutendsten Körpergewichts-Abnahmen mit den Fieberremissionen zusammen, während dieselben zur Zeit des hohen Fiebers nur unbedeutend sind, ja sogar einer vorübergehenden Körpergewichts-Zunahme Platz machen können.

2) Während der Krisis kann das Körpergewicht sowohl negative als auch positive Schwankungen zeigen. Die hier vorkommenden Gewichtsabnahmen sind durchschnittlich kleiner als bei der Lungenentzündung. Je intensiver das Fieber im ersten Stadium war und je unbedeutendere Remissionen es zeigte, je kleiner also die Körpergewichts-Verluste während dieser Periode waren, desto bedeutender sind die Körpergewichts-Abnahmen in der Krisis und umgekehrt.

3) Im fieberlosen Stadium des Flecktyphus kann das Körpergewicht gleich zunehmen oder auch noch einige Zeit hindurch abnehmen, in welch letzterem Falle der Körpergewichts-Verlust gewöhnlich kleiner ist und weniger lange anhält als in der Pneumonie.

III. Abdominaltyphus. Während des ganzen Hitzestadiums ist eine Körpergewichts-Abnahme zu konstatiren, welche im zweiten Stadium, i. e. bei Febris continua entweder nur sehr unbedeutend, auch gleich Null ist, oder sogar in eine Körpergewichts-Zunahme umschlagen kann. Während des intermittirenden Fiebers ist der Körpergewichts-Verlust am unbedeutendsten, weil dann sowohl das Verdauungs- als auch Assimilationsvermögsn wieder geweckt werden. Es kann auch in dieser Periode das Körpergewicht vorübergehend oder auch stetig zunehmen. Der im Fieberstadium des Abdominaltyphus statthabende Körpergewichts-Verlust ist kleiner als bei Pneumonie und Flecktyphus, auch zeigt sich öfter eine Gewichtszunahme. Während der Rekonvalescenz nimmt das Körpergewicht schnell und stetig zu, falls keine Komplikationen eintreten.

IV. Bei Pleuritis exsudativa (serosa und seroso-fibrinosa) mit fieberhaftem Verlaufe verhalten sich die Körpergewichtsschwankungen verschieden, je nach Appetit, primärem Ernährungszustand, Krankheitsdauer, etwaigen Komplikationen und dgl., und lassen sich dieselben in keinen Kausalnexus mit dem Verlaufe des lokalen Krankheitsprocesses bringen. Am Tage der Krisis nimmt das Körpergewicht fast immer ab und zwar desto mehr, je kleiner der Körpergewichts-Verlust im fieberhaften Stadium war. Während der Rekonvalescenz kann das Körpergewicht noch eine Zeit lang abnehmen, worauf es mehr oder weniger schnell zuzunehmen anfängt.

Bei afebriler oder subfebriler Pleuritis verhält sich das Körpergewicht ähnlich wie während der Rekonvalescenzzeit nach fieberhafter Pleuritis. Je besser der Appetit, je mehr bei dem früher gesunden Individuum der Ernährungszustand gesunken war und je weniger Zeit seit der Krisis abgelaufen, desto schneller und bedeutender nimmt das Körpergewicht zu.

V. Bei idiopathischem akuten Gelenkrheumatismus finden die bedeutendsten Körpergewichts-Verluste Statt (täglich 0,20—0,80), was vornehmlich auf die, die Krankheit begleitenden Schweiße zu beziehen ist. Der Einfluss der Fieberintensität und des Fieberverlaufes auf das Verhalten des Körpergewichts ist derselbe, wie bei den obgenannten Krankheiten. Während der Krisis kommen die dabei auftretenden Körpergewichts-Verluste (0,20—0,40) denen bei

Pneumonie oder Flecktyphus nicht gleich. Vom 3.—4. Tage ab fängt das Körpergewicht wieder an stetig zuzunehmen.

Beim chronischen Gelenkrheumatismus (ohne Fieber) verhält sich das Körpergewicht ähnlich wie bei fieberloser Pleuritis, d. h. bei gutem Appetit und Mangel an Komplikationen nimmt das Körpergewicht stetig zu.

Im Allgemeinen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Bei Fehlen von die Ernährung ungünstig beeinflussenden Komplikationen zieht das Fieber als solches nicht so schnelle Konsumption des Organismus nach sich, wie es Virchow und andere Autoren annehmen, auch wenn die Intensität desselben bedeutend ist. Die durch das Fieber selbst verursachten Körpergewichts-Verluste, besonders in kürzer dauernden fieberhaften Krankheiten, wie Pneumonie und Flecktyphus, sind nicht so bedeutend, wiewohl unzweifelhaft größer, als es Senator will. Die Körpergewichts-Verluste hängen in erster Reihe vom Verlauf des Fiebers ab und zwar sind dieselben bei Febris continua sehr unbedeutend, während sie zur Zeit der nach vorausgegangenem intensiven Fieber stattfindenden stärkeren Fieberremissionen rasch anwachsen. Das in einem gewissen fieberhaften Krankheitsstadium konstatirte Körpergewicht giebt niemals das richtige Maß für die stattgehabte febrile Konsumption ab, auch stehen die Körpergewichts-Verluste in keinem direkten Verhältnisse zur Fieberintensität, da ja im Gegentheil bei hohem Fieber ohne bedeutendere Remissionen sogar Körpergewichts-Zunahmen vorkommen können. Trotzdem muss zugegeben werden, dass hohes kontinuirliches Fieber den allgemeinen Ernährungszustand schädigt, wiewohl sein ungünstiger Einfluss erst bei bedeutenderen Remissionen oder bei kritischer Defervescenz zum Vorschein kommt. Wichtig ist hier auch der primäre Ernährungszustand (je besser derselbe war, desto größer zeigen sich die Körpergewichts-Verluste), Diarrhoe und Schweiße. Wenn der Appetit, also auch die Verdauung und die Assimilation der Nahrung erhalten sind, so fallen die Körpergewichts-Verluste kleiner aus, sind gleich Null oder man kann sogar stete Gewichtszunahme beobachten. Bei entsprechender Ernährung der Fieberkranken sind die Körpergewichts-Abnahmen kleiner als bei strikter Diät, desshalb plaidirt Verf. im Sinne Uffelmann's für bestmögliche Ernährung der Fiebernden, um auch den parenchymatösen Degenerationen der Organe, etwaigen Komplikationen und Nachkrankheiten vorzubeugen.

Smoleński (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

488. **Campana.** Orticaria factitia. Künstliche Urticaria.

(Annal. univ. di med. e chir. 1882. No. 8.)

C. beobachtete bei einem 60jährigen, kräftigen Manne, der abgesehen von wiederholten Ekzemen im Gesicht und öfteren katarrhalischen Entzündungen der Bronchien gesund gewesen war, folgende

Erscheinung. Strich er mit irgend einem harten Gegenstande über die Haut einer beliebigen Körperstelle, so entstand zunächst die gewöhnliche weißliche Verfärbung, die etwas langsamer verschwand, als dies normaliter der Fall ist. Darauf bildete sich eine fleischrothe Färbung an der gestrichenen Stelle, die allmählich durch verschiedene Nüancirungen in wachsweiß überging. Gleichzeitig entstand eine Erhebung der Haut, die ihren Höhepunkt mit der wachsweißen Verfärbung erreichte. Dieselbe fühlte sich weich, teigig an, war nicht schmerzhaft und hatte die Temperatur der Umgebung. Nach etwa 10 Minuten ließ die Erhebung allmählich nach, die wachsweiße Färbung verschwand, um einer lebhaften Röthe, die sich etwa $^1/_2$ cm weit auf die Nachbarschaft fortpflanzte, Platz zu machen. C. giebt zwei Photographien des Pat., die er hatte anfertigen lassen, nachdem er mit einem Steine die verschiedensten Figuren, Wörter etc. auf die Haut des Rumpfes und der Arme gezeichnet hatte; der Kranke sieht darauf aus wie ein tätowirter Indianer. Die Schleimhäute des Mundes zeigten ein ähnliches Verhalten nicht; auf der etwas verdickten und indurirten Gesichtshaut war das Phänomen weniger deutlich. Die Haut des Pat. zeigte im Übrigen nichts Abnormes. Versuche mit dem inducirten Strom, mit Stiften aus verschiedenem Metall, Flüssigkeiten etc. zeigten, dass allein der mechanische Druck als Ursache des Phänomens anzusehen war.

C. ist geneigt, die Affektion, welche er als »künstliche Urticaria« bezeichnet, auf eine direkte mechanische Reizung der vaso-dilatatorischen Nerven zurückzuführen, die zu einer lokalen Erweiterung der Kapillaren und stärkeren serösen Durchtränkung der Haut an den gereizten Stellen führte. Er erinnert daran, dass Reizung des Vagus, besonders an der Abgangsstelle der Lungennerven einen vasodilatatorischen Effekt hat; vielleicht könnte durch die voraufgegangenen häufigen Bronchitiden ein chronischer Reizzustand dieses Nerven gesetzt sein, der zu einer größeren Reizbarkeit der vasodilatatorischen Nerven Anlass gegeben hätte.

Brockhaus (Godesberg).

---

489. O. Rosenbach. Zur Lehre von der Symptomatologie der Perikarditis, namentlich junger Individuen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 44—46.)

R. analysirt 5 Fälle von Perikarditis junger Personen, die neben rhythmisch und zeitlich veränderlichen Reibegeräuschen an der Herzbasis ein Geräusch in der Gegend der Herzspitze aufwiesen, das in seinem Schallcharakter, dem Zusammentreffen mit der Systole und der Konstanz des Bestehens täuschende Ähnlichkeit mit einem endokardialen hatte. In den 2 ersten Fällen wurde daher neben der Perikarditis eine Insufficienz der Mitralklappe angenommen, zumal auch die Allgemeinerscheinungen nicht direkt gegen eine solche

sprachen. Erst die Sektion deckte den diagnostischen Irrthum auf, indem bei bestehender Perikarditis die Mitralklappe absolut intakt erschien. Dies veranlasste R. zu näherem Studium jener 5 Fälle, wobei sich doch gewisse, übereinstimmende, bei der Diagnose zu verwendende Eigenschaften des systolischen Geräusches an der Herzspitze ergaben. Es zeichnete sich durch starke Intensität und eine die Systole überdauernde Länge aus; das anfänglich blasende Geräusch schloss in allen Fällen mit einem Pfeifen. Die Herztöne waren ferner stets wohl erhalten. Das Geräusch war gewöhnlich am deutlichsten etwas nach außen vom Spitzenstoß zu hören und pflanzte sich vorwiegend nach der linken Axillarlinie, weniger nach der Herzbasis zu fort. Druck auf den Interkostalraum, in dem es am deutlichsten, ließ es unverändert — im Gegensatz zu den endokardialen, die bei starkem Druck gewöhnlich schwächer werden. In einem Falle verschwand das Geräusch bei Einnahme der rechten Seitenlage. Wo ein solches Verschwinden zu konstatiren ist, ist es ein wichtiges diagnostisches Moment, denn es spricht stets gegen die endokardiale Natur des Geräusches. In 2 der nicht zur Sektion gekommenen Fälle sicher konstatirter Perikarditis geht aus dem günstigen Ausgange herhervor, dass das Geräusch kein endokardiales war; seine Intensität schwand mehr und mehr, alle Zeichen eines Klappenfehlers blieben aus. Nachdem R. aus einander gesetzt, wesshalb in jenen, wie in den 3 tödlich verlaufenen Fällen das Geräusch keineswegs als accidentelles oder von Muskelerkrankung herrührendes aufgefasst werden könnte, bleibt nichts übrig, als dasselbe für ein perikardiales Reibegeräusch zu erklären, dessen Eigenthümlichkeiten durch den Ort, die Form der Auflagerungen, die starke Lokomotion der Herzspitze, wie durch die Modifikation der Schallfortleitung daselbst bedingt werden.

Sollte sich das systolische Geräusch bei weiteren Fällen von Perikarditis auch älterer Personen konstant finden, so wäre damit ein wichtiges Unterscheidungsmoment zwischen der häufig schwer zu trennenden Perikarditis und Pleuritis pericardiaca gegeben. Vielleicht klärt sich mit der Kenntnis ähnlicher Fälle auch das Bestehen starker systolischer Spitzengeräusche älterer Personen auf, denen sonst jedes Zeichen einer Klappenerkrankung fehlt.

Beiläufig erwähnt R. auf Grund zweier eigener und einiger Beobachtungen Anderer den eigenthümlichen, noch nicht ergründeten Zusammenhang chronischer Perikarditis mit Leberintumescenz und Ascites, die bei mangelnder Stauung im Gebiet der Vena cava inferior nicht einfach auf Herzschwäche zurückgeführt werden können.

Eger (Breslau).

---

490. C. Hering. Des résultats du traitement mécanique des rétrécissements du larynx. Über die Resultate der mechanischen Behandlung von Verengerungen des Kehlkopfes.

(Annales des maladies de l'oreille du larynx etc. 1882. No. 3. p. 141 ff.)

H. giebt eine tabellarische Übersicht über 100 Fälle von Kehlkopfverengerungen, welche theils aus seiner eigenen Praxis stammend, theils aus der einschlägigen Litteratur gesammelt, Aufschluss bringen über den Namen des Beobachters, das Alter des Kranken, die laryngoskopische Diagnose, die Art und Länge des Bestehens der Kehlkopfverengerung, die Art und Dauer der Behandlung und die Erfolge der letzteren für Stimme und Respiration.

Die erste Tabelle, mit 8 Fällen, registrirt die Resultate des Katheterismus bei der akuten Stenose. In der zweiten Tabelle (47 Fälle) sind die Resultate des Katheterismus bei der chronischen Larynxstenose besprochen, Tabelle 4 bringt eine Übersicht über 45 Fälle von, nach vorausgeschickter Tracheotomie, mechanisch behandelten Larynxstenosen und in Tabelle 3 sind die Resultate von 8 nach der Schrötter'schen Methode dilatirten Fällen (in Tabelle 4 noch einmal aufgezählt) von Larynxstenosen apart zusammengestellt.

Indem bezüglich der Details auf die Tabellen selbst verwiesen wird, mag hier auf eine den gleichen Gegenstand berührende Arbeit desselben Autors aufmerksam gemacht werden, die in den »Verhandlungen des internationalen, medicinischen Kongresses in London 1881« (Band III. p. 242—50) niedergelegt, folgende Gesichtspunkte berührt:

H. bespricht zunächst

I) Die Erweiterung der Stenosen ohne vorausgeschickte Tracheotomie, und zwar

A) den Katheterismus laryngis als lebensrettende Operation bei akut auftretenden Larynxstenosen; hierbei kommt H. zu folgenden Resultaten:

»Wenngleich der Katheterismus die Tracheotomie in gewissen Fällen ersetzen kann, so ist er, speciell bei kleinen Kindern, nur mit größter Vorsicht und in dringendster Noth auszuführen. Längeres Liegenlassen von Hohlbougies kann zu, selbst den Knorpel bloßlegenden, Decubitalgeschwüren Veranlassung geben und ist bei kachektischen Zuständen direkt zu vermeiden. Die erwähnte Behandlungsmethode erfordert große Vorsicht und unausgesetzte ärztliche Bewachung der Kranken, darf daher nicht ambulatorisch ausgeführt werden. Beim forcirten Katheterismus sind alle Vorbereitungen für die Tracheotomie zu treffen und hat letztere, falls die Bougirungsversuche resultatlos sind, sofort einzutreten. Bei tuberkulöser Larynxphthise und Kehlkopfkrebs ist die Tracheotomie der Tubage vorzuziehen.

B) Der Katheterismus laryngis Behufs gradueller Erweiterung von chronischen Larynxstenosen. Die besten Resultate ergiebt diese Methode bei der sogenannten Chorditis vocalis

hypertrophica inferior; das zu schnelle Vorgehen bei der Dilatation ist absolut zu vermeiden und als schädlich zu bezeichnen.

II) Mechanische Dilatationen der Larynxstenosen nach ausgeführter Tracheotomie.

Hierbei kommen 4 verschiedene Methoden in Betracht: a) Dilatation nach Laryngotomie durch Einlegen von Zinnstäbchen oder entsprechenden Kanülen vom Munde aus; b) Dilatation durch die Trachealfistel mit verschiedenen Instrumenten; c) Dilatation von oben durch den Mund (Schrötter'sche Methode) und d) Laryngotomie, partielle Kehlkopfresektion.

Die mit diesen Methoden erreichten, wenig günstigen Resultate haben nach H. häufig ihren Grund in dem Mangel an Ausdauer seitens der Pat. nicht weniger als der Ärzte; die durch eine energische und gleichzeitig vorsichtige Behandlung erzielten, positiven Erfolge beweisen, dass selbst in veralteten Fällen von narbiger, im Gefolge von Typhus oder Variola entstandener Perichondritis dauernde Heilung, d. h. Entfernung der Kanüle möglich ist. Durch zu rasches Dilatiren erzeugte entzündliche Erscheinungen erfordern eine Unterbrechung der Kur. Narbenwülste, Verwachsungen, Granulationswucherungen in Larynx und Trachea müssen vor Einleitung der mechanischen Dilatation chirurgisch beseitigt werden, was vom Munde aus zweckmäßiger, als von der Fistel her geschieht. Hochgradige, im Anschluss an mit Knorpelnekrose einhergehender Perichondritis entstandene cylindrische Stenosen sind durch Laryngotomie resp. Kehlkopfresektion zu beseitigen. Falls die Einführung von Zinnbolzen vom Munde aus auf Schwierigkeiten stößt, lassen sich dieselben mittels einer Belloc'schen Röhre von der Trachealfistel durch die Stenose dirigiren. Als Begründer der, einen großen Fortschritt in der Laryngochirurgie darstellenden, mechanischen Behandlung der Larynxstenosen ist Schrötter zu betrachten.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

491. **H. v. Hoesslin.** Experimentelle Beiträge zur Frage der Ernährung fiebernder Kranker.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIX, Hft. 1 u. 2.)

Während man im Allgemeinen, gerade so wie von der blutentziehenden Behandlung fieberhafter Krankheiten, so auch von der Hungermethode allmählich zurückgekommen ist, giebt es doch noch eine große Zahl von namhaften Ärzten, die annehmen, dass im Fieber die Verdauung danieder liegt und dass reichliche Nahrungszufuhr auf den Krankheitsprocess einen schlimmen Einfluss ausübt.

H. sucht nun durch experimentelle Beiträge in diese praktisch wichtige Angelegenheit einiges Licht zu bringen und stellte sich zwei Fragen: 1) »ob und in welchem Grade Eiweiß, Kohlehydrate und Fett bei Fieber verdaut werden, und wie die Nahrung mit Rücksicht auf Verdauung und Resorption beschaffen sein soll; 2) ob und

welchen Einfluss die Nahrung auf das Fieber und den Krankheitsprocess als solchen hat, und wie die Nahrung rücksichtlich der Einwirkung auf Stoffumsatz, Körpertemperatur etc. zusammengesetzt sein soll.«

Zu Versuchspersonen wurden fast ausschließlich Typhuskranke gewählt. Dieselben wurden abwechselnd mit verschiedenen Nahrungsmitteln genährt, die daraus resultirenden Kothmassen möglichst getrennt, ihre Analysen in der bekannten Weise angestellt. Es zeigte sich nun:

Dass alle Nahrungsmittel (Fleisch, Fleischsaft, Mehlmus, Eier, Milch, gemischte Nahrung) bei mäßigen Diarrhöen ziemlich so gut wie vom Gesunden verdaut werden, und dass auch bei starken Diarrhöen die Ausnutzung nur wenig schlechter als in der Norm vor sich geht. Gleichzeitig ergab sich eine nur geringe Zunahme der absoluten Menge des trockenen Kothes bei den Diarrhöen, ein Umstand, der dafür spricht, dass der Sitz derselben unterhalb der Darmpartien liegt, in denen die Resorption der Nahrung hauptsächlich vor sich geht, also lediglich im unteren Theil des Ileum und Rectum.

Der Widerspruch zwischen der guten Ausnutzung der Nahrungsmittel, und der Thatsache, dass der Gehalt des Magensaftes an Säure im Fieber gering oder minimal ist, löst sich dahin auf, dass die anderen Verdauungssäfte die schlechte Wirkung des Magensaftes vollkommen ersetzen können. H. ist übrigens der Ansicht, dass die Hauptfunktion des Magens nicht in seiner peptonisirenden Thätigkeit besteht, sondern derselbe vielmehr die Aufgabe hat, die halbgekauten, kalten, wenig befeuchteten Nahrungsmittel aufquellen zu machen, sie zu zerkleinern und zu erwärmen, und so für die Darmverdauung vorzubereiten; sie außerdem auch, dadurch dass sie in eine saure Flüssigkeit aufgenommen werden, vor der Einwirkung etwaiger Fäulnispilze zu schützen. Hat man also Grund anzunehmen, dass die Magenthätigkeit daniederliegt (Lähmung der Muskulatur, fehlende Saftabsonderung), so hat man möglichst aseptische, zerkleinerte, gequollene Nahrungsmittel in kleinen Gaben und mit Pausen zu verabreichen. Nicht auf die Wahl der Nahrungsmittel, sondern auf deren Zubereitung kommt es an. Natürlich hat man Speisen mit großen Mengen unlöslicher oder reizender Bestandtheile auszuschließen. Ja man möge eine den Geschmacksbedürfnissen entsprechende und abwechslungsreiche Ernährung verabreichen, um den verminderten Appetit anzuregen und Inanition zu verhüten. Freilich muss man auch die Quantität nach dem Stoffverbrauch abmessen.

Kann die Nahrungszufuhr die Steigerung der Krankheitserscheinungen begünstigen? Verf. meint, dass solches nicht undenkbar sei, vielleicht eben so wie das Fieber, auch der dabei stets vorhandene Appetitmangel eine Reaktion des Organismus gegen die Krankheitserreger zu ihrer Bewältigung darstelle. Es steht fest, dass auch im Fieber die aufgenommene Nahrung nicht nutzlos verbrannt wird, sondern dazu dient, den Kräftezustand der Pat. zu erhalten. Dem-

nach wird die Frage, ob Nahrungszufuhr durch den erhöhten Stoffumsatz bei Fieber schädlich wirke, auf die Frage zurückgeführt, ob ein guter Ernährungszustand für den Ablauf des Typhus resp. des Fiebers ungünstig sei. H. thut dar, dass die allgemeine Annahme. eine kräftige Konstitution prädisponire für Typhus, durch keine einwurfsfreien Beobachtungen gestützt sei, und dass jedenfalls Alles, was die Kräfte erhält, den Verlauf der Krankheit günstig beeinflusst. Dass ferner die Ausbreitung und Vermehrung der Krankheitserreger nicht wesentlich gesteigert wird, ergiebt sich daraus, dass die Temperaturkurven nur in sehr geringem Maße durch Nahrungsaufnahme verändert werden, und dass dies vielleicht noch von der größeren Wasseraufnahme herrührt, da, wie H. nachweist, Wasserzufuhr nicht die Temperatur bei Fiebernden erniedrigt, sondern erhöht. Also ein umgekehrtes Verhältnis, wie das von Liebermeister an Gesunden gefundene. Schließlich müssen den endgültigen Entscheid ausgedehnte klinisch statistische Erhebungen geben. Aber auch in der Rekonvalescenz hat Verf. niemals durch reichliche, freilich für die geschwächte Verdauungsthätigkeit entsprechend zubereitete Nahrung schlimme Folgen entstehen sehen, so dass man gerade in der Rekonvalescenz mit Rücksicht auf die Möglichkeit eines Recidivs den Ernährungszustand heben sollte. Für herabgekommene Kranke hält H. die Zufuhr möglichst koncentrirter Nahrungsmittel (Milch, Eier, Fleisch, Mehlspeisen) für geboten, also die Vermehrung der Gesammtstoffzufuhr, während bei Wohlgenährten hauptsächlich Proteïnsubstanzen zur Erhaltung des Organismus von Nöthen sind.

Karewski (Berlin).

---

492. **E. C. Seguin** (New York). The efficient dosage of certain remedies used in the treatment of nervous diseases.

(Read before the medical society of the State of New York 1882. Februar 7. Reprinted from the Transactions of 1882.)

S. weist darauf hin, dass häufig die Erfahrungen der Praxis in Bezug auf Dosirung gewisser Arzneimittel mit den in den Lehrbüchern niedergelegten und von den akademischen Lehrern ihren Schülern überlieferten Angaben nicht übereinstimmen, dass oft genug Ärzte nur darum keinen Erfolg erzielen, weil sie zwar das richtige Mittel anwenden, es aber nicht in physiologisch und damit therapeutisch wirksamer Dosirung geben.

Seinen Erfahrungen in Bezug auf die Dosirung gewisser, bei Krankheiten des Nervensystems verwandter Mittel entnehmen wir folgende, auch den deutschen Arzt interessirende Notizen:

Liquor Kalii arsenicosi, Solutio arsenicalis Fowleri (Nothnagel und Rossbach: 3mal täglich 2—5 Tropfen) giebt S. bei Chorea in Anfangsdosen von 2—5 Tropfen innerlich, 3mal des Tages; täglich wird dann um 1 Tropfen pro dosi gesteigert. Stellen sich.

wie gewöhnlich, bei einer Dosis von dreimal täglich 10—14 Tropfen Arseniksymptome (Diarrhoe, Nausea, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Röthung und Schwellung der Augenlider) ein, so wird die Arsenmedikation auf 48 Stunden ausgesetzt; darauf wird die alte Dosis wieder aufgenommen, und man kann nun auf 20, 25, ja selbst 30 Tropfen (auch bei Kindern) steigen, ehe jene Symptome sich wiederholen. S. giebt die Tropfen in sehr starker Verdünnung (auf etwa ein halbes Wasserglas); er hält diese Vorsicht für wichtiger, als die, das Arsen nach der Mahlzeit nehmen zu lassen. Seine Erfahrung weist darauf hin, dass der Eintritt des ersten, bei chronischen oder recidivirenden Fällen sogar des zweiten Intoxikationsstadiums nöthig ist, damit man auf Erfolg rechnen kann; wende man aber das Arsen in dieser Weise an, so sehe man fast niemals Misserfolge, oft sehr schnelle Heilung eintreten (bei einfacher, akuter Chorea häufig innerhalb 14 Tagen). Die vorübergehende, stets leichte Arsenintoxikation habe nichts zu bedeuten; niemals fand sich im Urin Albumen oder Cylinder, niemals wurden Symptome von Seiten der Haut beobachtet. Einmal zeigte sich eine Stomatitis.

Die Erfahrung S.'s über die subkutane Injektion des Mittels ist nur gering, doch scheint es ihm, dass es, in dieser Form angewendet, geringere Einwirkung auf den Gesammtorganismus und stärkeren therapeutischen Effekt habe.

Phosphor wandte S. in einer von Thompson angegebenen Form an: 0,06, Alcoh. absol. 20,0, in der Hitze zu lösen. Dazu: Glycerin 48,0, Alkohol 8,0, Pfefferminzessenz 2,5. Davon 3—4stündlich 1 Theelöffel (4 g, ungefähr = 0,003 Phosphor). Er brauchte es mit sehr gutem Erfolge gegen Trigeminus-, aber auch andere Neuralgien; ferner in Verbindung mit Leberthran (1 : 6 oder 1 : 4) gegen Neurasthenie, Hirnanämie, beginnende Dementia paralytica, Melancholie. Als ausgezeichnetes Tonicum gab er mitunter, 2—3mal täglich, eine Ex-tempore-Mixtur von: 1 Theelöffel der Thompson'schen Lösung, 2 Esslöffel Sherry, 1—2 Esslöffel Leberthran, 1 Eigelb, dazu ein wenig Pfefferminzöl.

Argentum nitricum giebt S. in Dosen von mindestens $^1/_4$, gewöhnlich $^1/_2$ Gran (0,03), in Pillenform mit Extract. Taraxaci, Nucis vomicae, oder Belladonnae, 3mal täglich vor den Mahlzeiten zu nehmen, eventuell eine vierte Dosis zur Schlafenszeit. Er lässt das Mittel in dieser Weise 2 Monate lang gebrauchen (etwa = 6,0 Arg. nitric.), und nimmt die Medikation nach 2—3 Monaten Pause eventuell, dann aber für eine längere Zeit, wieder auf. S. will in einer ganzen Reihe von Tabesfällen dadurch Stillstand, bei vielen anderen periodische Besserung der Erkrankung gesehen haben; weniger sichere aber anscheinend doch günstige Einwirkung des Mittels fand er bei Myelitis subacuta und chronica. Argyrosis trat niemals ein, selten Symptome von Magen-Darmreizung.

(S. bespricht in gleicher Weise die Anwendung des »flüssigen

Extrakts von Conium«, und des »Aconitin Duquesnel«, welches bedeutend stärker wirkt, als das deutsche, Merck'sche Präparat.)

Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

493. **Silbermann.** Ein Fall von Athetose.

(Verhandlungen der medicinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft.)
(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 20.)

S. stellt einen 14monatlichen Knaben vor, der nach mehrmonatlicher Bronchitis schon seit Wochen eine linksseitige Hemiparese, rechtsseitige Ptosis, Lähmung des rechten Musc. intern. und Erweiterung der rechten Pupille zeigt. Zugleich bestehen in der linken, stark flektirten Hand, noch ausgeprägter aber im linken Fuß unausgesetzte rhythmische Krampfbewegungen, die auch im Schlafe nicht sistiren. Die elektrische Kontraktilität und Sensibilität der befallenen linken Extremitäten sind erhalten. Die gekreuzte Lähmung — der linken Extremitäten und des rechten Oculomotorius veranlassen S., einen Herd im rechten Pedunculus anzunehmen; die Athetose müsse von einem anderen Herde abhängig sein. Die 6 Wochen später gemachte Sektion des unter den Erscheinungen der Mening. tubercul. gestorbenen Kindes bestätigte die Diagnose: In der Substanz des rechten Peduncul. ein fast haselnussgroßer solitärer Tuberkel, nur eine schmale Rindenzone freilassend. Ein ähnlicher, erbsengroßer in der Rinde der ersten rechten Stirnwindung, ein zweiter an der Spitze des rechten Occipitallappens.

Eger (Breslau).

494. **Landouzy et Ballet.** Note sur un cas de contracture hystérique ancienne guérie subitement par l'administration d'une pilule fulminante (mica panis).

(Revue de médecine 1882. No. 9. Sept. 10.)

Die Verff. berichten über einen jener interessanten Fälle von Heilung hysterischer Leiden durch den psychischen Einfluss des festen Vertrauens auf die Wirkung der betreffenden ärztlichen Verordnung.

Es handelt sich um ein 26jähriges Kammermädchen, welches früher mehrfach an Chorea litt, vor $2^1/_4$ Jahren aber eine spasmodische Lähmung beider unteren Extremitäten, mit Erhöhung der Sehnenreflexe und ausgesprochener Epilepsie spinale bekam, welche sich zwar nach einer interkurrenten Pleuritis besserte, seit 8 Monaten aber wieder so vollkommen wurde, dass Pat. seit dieser Zeit vollständig ans Bett gefesselt ist. Hochgradige Hysterie. Da Pat. sehr über Beklemmungen klagt, erhält sie Morhpiumspritzen; dieselben werden ihr aber, da sie Geschmack daran findet und täglich eine große Zahl fordert, wieder entzogen, und es wird ihr annoncirt, sie würde ein sehr viel sicherer wirkendes, aber mit großer Vorsicht zu gebrauchendes Mittel erhalten. Man verordnet zwei silberüberzogene Pillen von Mica panis, Abends und Morgens je eine halbe Pille zu nehmen. Bei der Morgenvisite des folgenden Tages findet man die Kranke überglücklich: sie giebt an, sie habe, um sich zu vergiften, beide Pillen auf einmal genommen, die Wirkung sei eine schreckliche gewesen, noch jetzt fühle sie, wie ihr die Eingeweide kochten, aber sie könne jetzt wieder ihre Beine gebrauchen. In der That vermochte Pat. zu gehen, nur zog sie noch etwas die Sohle nach. Auch dies gab sich, nachdem dem Wunsche der Kranken nach einer neuen Pille entsprochen war, innerhalb zweier Tage, und während der 20 Tage, die Pat. noch im Krankenhaus verblieb, konnte sie sogar zu Hilfsleistungen im Hospitaldienst herangezogen werden.

Freudenberg (Berlin).

495. **E. C. Seguin** (New York). Hysterical convulsions and hemianaesthesia in an adult male: cure by Metallo-therapie (gold).

(Archives of medicine 1882. vol. VIII. No. 2. Oktober.)

Der von S. mitgetheilte Fall bietet Interesse dar, einerseits weil es sich um hysterische Krämpfe mit Hemianästhesie bei einem 21jährigen Manne (Arbeiter) handelt, dann aber auch wegen der prompten Wirkung der eingeschlagenen Metallotherapie. Vor etwa einem Jahr war der Pat. aus etwa 10 Fuß Höhe auf den Hinterkopf gefallen, seine Krankheit datirt seit etwa 6 Wochen. Sie besteht in fast allnächtlich auftretenden tonischen Krampfanfällen von epileptiformem Charakter (Pupillen dabei normal), in vollständiger linksseitiger Hemianästhesie, endlich in Taumeln, welches seinen hysterischen Ursprung dadurch verräth, dass es vollkommen ausbleibt, wenn die Aufmerksamkeit des Pat., z. B. durch Prüfung der Sehschärfe, abgelenkt wird. Außerdem klagt der Kranke über Kopfschmerz in der Scheitel- und rechten Parietalregion. Anwendung von Bromkali in großen Dosen war erfolglos gewesen. Es wurden im Laufe der Untersuchung und ohne weitere Ankündigung zwei Goldstücke auf linke Hand, Vorderarm, Wange und Zunge applicirt, worauf innerhalb 1—3 Minuten die Sensibilität an den Stellen, wo das Metall gelegen hatte, mehr oder weniger vollständig zurückkehrte. Am folgenden Tage bewirkte Umgürtung der linken Wade mit Goldplatten innerhalb 10 Minuten vollständige Wiederherstellung der Sensibilität auf der ganzen Seite. Das Phänomen des »Transfert« wurde weder am ersten, noch an diesem Tage beobachtet. Zwei Tage darauf musste Pat., der sich vollkommen wohl fühlte, auf seinen Wunsch entlassen werden.

Freudenberg (Berlin).

496. **Ullrich** (Erlangen). Zur Encephalopathia saturnina.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. XXXIX. Hft. 2 u. 3.)

Nach Erwähnung bisheriger Arbeiten und Theorien über die Wirkungen des Bleies auf das Centralnervensystem bespricht U. einen in der Irrenanstalt zu Erlangen beobachteten, einschlägigen Fall. Ein 39jähriger Lackirer bot einen der allgemeinen fortschreitenden Paralyse ganz ähnlichen Symptomenkomplex. Eine Zeit lang schien das Sehen auf Lichtempfindung beschränkt zu sein, im letzten Lebensmonate jedoch besserte sich dieses wieder. Pat. starb etwa 7 Monate nach dem nachweisbaren Ausbruch seiner Krankheit. Die Sektion ergab den für die Paralyse charakteristischen Befund: mäßiger Hydrocephalus internus, Atrophie der Stirnlappen, Verschmälerung der Hirnrinde überhaupt, chronische Leptomeningitis, Ödem der weichen Häute, starke Granulirung des Ependyms des 4. Ventrikels. Die Amaurose glaubt U. als Rindenblindheit deuten zu müssen. Die chemische Untersuchung wies im 1) Hirnmantel, 2) Hirnstamme, 3) Kleinhirn, 4) in den weichen Häuten und 5) in der Leber Blei (als Chromblei) nach. Aus dem Hirnmantel konnte sogar ein kleines Bleikorn dargestellt werden, allein ein direkter Nachweis, dass in dem einen oder anderen Gehirntheil ein relatives Überwiegen des Metalles stattfinde, ließ sich nicht erbringen, wohl aber der, dass das Blei nicht an einzelne Organtheile gebunden ist und dass es trotz mehrmonatlichen Vermeidens eines jeden Kontaktes mit Blei, trotz des Gebrauches größerer Menge Jodkali und von Schwefelbädern in den Geweben noch vorhanden war.

Oebeke (Endenich).

497. **Gamborg.** Drei Fälle von Alopecia areata in derselben Familie.

(Tidskrift for praktik Medicin 1882. No. 22.)

Der Verf. theilt 3 Fälle von der obengenannten Krankheit bei Kindern in derselben Familie mit. Die Eltern und die übrigen 3 Geschwister waren gesund. Er neigt zu der Ansicht, dass die Krankheit durch einen Pilz hervorgebracht wird, konnte jedoch in diesem Fall keinen nachweisen. Die Behandlung, die bei Allen gelang, bestand in Inunktionen mit Theersalbe Abends und Morgens, Abwaschungen mit spirituösen Waschwässern. **Unger** (Vetlesen).

498. **Wild.** Zur Kasuistik der Periostsarkome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5 u. 6. p. 548 ff.)

W. berichtet über 4 von ihm beobachtete Fälle von Periostsarkomen und zwar 1) der linken Tibia (bei einem 21jährigen kräftigen Unterofficier nach einer starken Quetschung des Beins beim Reiten entstanden; alveoläres großzelliges Rundzellensarkom); 2) der linken Fibula (bei einem 11jährigen, sonst gesunden und aus gesunder Familie stammenden Knaben, wie scheint durch einen anstrengenden oder längeren Spaziergang herbeigeführt; kleinzelliges Rundzellensarkom); 3) der rechten Patella (bei einer 30jährigen gesunden Frau, im Anschluss an mehrmals erlittenes Fallen auf das entsprechende Bein entstanden; gemischtes Sarkom); 4) der rechten Tibia (bei einem 19jährigen kräftigen Bauernmädchen, Ätiologie unbekannt; gemischtes Sarkom), von denen die sub 1, 2, 4 erwähnten Fälle unter Metastasenbildung in die Lungen 1), den Schädel 2), in Lungen und Herz 4) letal endeten, während Fall 3 nach $1^1/_2$ Jahren nach ausgeführter Amputation sich voller Gesundheit erfreute.

Verschlimmert wird die Prognose dieser Sarkome im Allgemeinen durch zu spätes Operiren, was einestheils durch eine unrichtig gestellte Diagnose, anderentheils durch die Weigerung der betreffenden Pat., sich amputiren zu lassen, verschuldet wird. W. räth, um möglicht frühzeitig eine richtige Diagnose stellen zu können, bei diagnostisch dunklen Schwellungen zur Probeincision und zur mikroskopischen Untersuchung etwaiger, bei dem Probeschnitt entfernter Partikelchen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

499. **Preetorius.** Gemischte Todesfälle.

(Ebenda, p. 567 ff.)

P. bezeichnet mit diesem Ausdruck unter dem Einfluss verschiedener den Organismus schädigender Momente eintretende Todesfälle, bei denen pathologische Veränderungen, die als der Effekt des einen oder anderen schädlichen Momentes aufzufassen sind, fehlen; zwei in diese Kategorie gehörende Fälle theilt P. mit.

Der erste betrifft ein, wegen Fungus genu am linken Knie resecirtes 9jähriges Mädchen, das sich nach dem Erwachen aus der Narkose nicht recht erholte und schon am Nachmittag Collapstemperaturen darbot, deren Beseitigung durch die sofort begonnene excitirende Therapie nicht gelang; das Kind starb am folgenden Mittag bei steigender Unruhe und voller Besinnung. Der Sektionsbefund ließ in Bezug auf die Todesursache durchaus im Unklaren. — P. hält das während der Operation angewandte Karbol (während der Operation wurde mehrmals mit einer 1%igen und zum Schluss mit einer $2^1/_2$%igen Lösung irrigirt) für die Hauptursache des tödlichen Ausganges und lässt es dahingestellt, wie viel auf Rechnung des Chloroforms und des Blutverlustes bei dem ohnehin anämischen Kind zu schieben ist. — Bei dem zweiten Fall handelt es sich um ein 11jähriges, wegen einer nach Osteomyelitis infectiosa zurückgebliebenen Ankylose im linken Hüftgelenk operirtes Mädchen; während der Operation mehrfache Spülungen mit 1 und $2^1/_2$%iger Karbollösung, wie im ersten Fall; die nach der Operation entstandene apfelgroße Höhle mit Jodoformgaze ausgestopft. Auch hier unmittelbar nach dem Erwachen aus der Narkose Collapserscheinungen, die sich trotz der gereichten Excitantien zusehends steigerten, dabei verminderte Diurese (im Urin kein Jod, spärlicher Niederschlag von schwefelsauren Salzen). Trotz der im Vergleich zum Befinden der vergangenen Nacht eingetretenen Besserung unerwarteter Tod im Laufe des Vormittags — Sektionsbefund negativ. P. bringt hier den Tod mit dem Zusammenwirken des schädlichen Einflusses von Karbol und Jodoform in Verbindung. (Über die Operationsdauer und die Menge des verbrauchten Chloroforms macht P. in beiden Fällen keine Angaben. Ref.) **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

500. **F. Fischer.** Ein Fall von Gastro-Enterotomie.

(Ebenda,. p. 573 ff.)

F. berichtet über eine 31jährige, im Jahre 1881 von Freund wegen eines intramuranen Myoms doppelseitig kastrirte und im Mai 1882 mit einem nachweis-

baren Pylorustumor auf die Kussmaul'sche Klinik aufgenommene Frau, bei welcher Lücke, da der als Carcinom diagnosticirte Tumor noch ziemlich beweglich schien, die Pylorusresektion auszuführen beschlossen hatte. Bei der am 25. Mai 1882 ausgeführten Operation zeigt sich der Tumor mit Leber, Gallenblase und Pankreas so verwachsen, dass von einer Exstirpation nicht mehr die Rede sein konnte, wesshalb zur Gastro-Enterotomie (nach Wölffler) geschritten wurde. Die Pat. überstand die über zwei Stunden währende Operation gut und wurde 37 Tage später »geheilt« (?) entlassen. Am 1. August stellte sich Pat. wieder vor, hatte bis dahin um 7 Pfund im Gewicht zugenommen und fühlte sich durchaus wohl; der Pylorustumor war nicht gewachsen. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

501. **William Shaw** (Maidstone). Poisoning by Daphne Mezereon.

(The british medical journal 1882. Sept. 16. p. 521.)

S. berichtet über einen Fall von Vergiftung eines $2^1/_2$ Jahre alten Mädchens durch die rothen Beeren von Daphne Mezereum (Seidelbast). Die eigentlichen Symptome der Vergiftung, welche, nachdem vorher nur Unwohlsein, und ganz wenig Erbrechen bestanden hatte, etwa $^3/_4$ Stunde nach Genuss der Beeren eintraten, begannen mit heftigem Zittern, dem bald vollständige Bewusstlosigkeit mit dilatirten und reaktionslosen Pupillen, Cyanose, Pulslosigkeit, Schwäche und Langsamkeit der Respiration folgten. Ein schon vorher gegebenes Brechmittel (Zincum sulfuricum, dann Vinum ipecacuanhae) hatte nur eine klare Flüssigkeit zu Tage gefördert. Es wurden Stimulantien (Ammoniak, Branntwein, Senfteige, Einhüllen in warme Decken) angewendet; gleichzeitig durch Ricinusöl purgirt. Das Kind erholte sich im Verlaufe mehrerer Stunden, eintretende Stuhlentleerungen förderten mehr als 24 Beeren zu Tage. Auf die schnell erfolgenden Stuhlentleerungen führt S. die Genesung des Kindes zurück, während sonst eine weit geringere Quantität von Beeren (6—8) genüge, um den Exitus letalis herbeizuführen.

Freudenberg (Berlin).

502. **Lancereaux.** Intoxication par le vulnéraire et l'eau de mélisse. Hyperesthésie généralisée et parésie des membres. Vergiftung durch Vulneraria und Melissenwasser. Allgemeine Hyperästhesie und Parese der Glieder.

(L'union méd. 1882. No. 145 u. 146.)

Eine Frau von 51 Jahren bot bei ihrer Aufnahme ins Hospital folgenden Status präsens: Robuste Person, starkes Fettpolster, besonders der Bauchdecken, geröthetes Gesicht, Venenektasien auf den Backen, Gesichtsausdruck stumpf und melancholisch. Intelligenz sehr geschwächt. Klagen über heftige stechende und ziehende Schmerzen in den Beinen. Schlaf sehr unruhig, Appetit schlecht; Vomitus matutinus. Finger und Zehen in gebeugter Stellung. Zittern der ausgestreckten Arme. Gehen und Sitzen unmöglich, doch kann Pat. die Beine vom Bett erheben. Sehnenreflexe normal. Die tachile Sensibilität am Fußrücken etwas vermindert, sonst normal. Temperatursinn unverändert. Hochgradige Hyperästhesie und Hyperalgesie sämmtlicher Extremitäten, am stärksten an Füßen und Händen, gegen den Rumpf hin allmählich abnehmend. Starke Druckempfindlichkeit an den Austrittsstellen der Nerven zu beiden Seiten der Wirbelsäule, der Linea alba und des Sternums. Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergiebt, abgesehen von einer leichten Verdichtung in der rechten Lungenspitze, nichts Abnormes. Leber gegen Druck etwas empfindlich. Urin enthält weder Eiweiß noch Zucker.

L. nahm als Ursache der Affektion dauernden Abusus spirituosorum an und zwar nicht reiner alkoholischer Getränke, sondern solcher, die Zusätze ätherischer Öle enthalten. Er gründete seine Diagnose hauptsächlich auf die symmetrische, alle Extremitäten betreffende Hyperästhesie und Hyperalgesie in Verbindung mit Parese der Beine, die in dieser Weise bei keiner anderen centralen oder peripheren Erkrankung des Nervensystems vorkomme. Nachforschungen ergaben, dass

Pat. seit Jahren dem Trunke ergeben gewesen war; ihr Getränk war ein mit Melisse und Vulneraria bereiteter Likör. Therapeutisch wurde Chloralhydrat und da dies nicht vertragen wurde, Opium angewandt. Im weiteren Verlauf trat Thrombose in den Venen des linken Beines und unter Temperatursteigerung bis zu 40° C. ein papulöses Exanthem, besonders in der Umgebung der Gelenke, auf, welches wie hämorrhagische Variola im Anfangsstadium aussah. Einige Tage später Tod im Coma. Aus den Resultaten der Autopsie ist hervorzuheben: Starke Fettentwicklung im Unterhautzellgewebe, und um die Organe der Bauchhöhle, Fettleber, hochgradige fettige Entartung des Herzmuskels, Integrität von Gehirn und Rückenmark, kein Atherom der Aorta und der größeren Arterien (nach L. verursacht der Alkoholismus überhaupt keine Atherose der Arterien).

Die Prognose der durch Missbrauch von Melissenbranntwein, Absynth und ähnlichen Branntweinsorten verursachten Erkrankungen ist nach L. eine schlechte; er sah nur zweimal Besserung in Fällen, bei denen noch keine nervösen Störungen höheren Grades eingetreten waren. Alle übrigen endigten letal.

Broekhaus (Godesberg).

503. **Andrea Ceccherelli** (Florenz). La Pilocarpina in un caso di meningite cerebro-spinale di natura sifilitica.

(Bulletino delle scienze mediche 1882. August.)

C. hält mit Lewin und anderen Syphilidologen das Pilokarpin für nicht so wirksam gegen die Syphilis, wie das Quecksilber; gleichwohl glaubt er, dass in Fällen, wo man das Quecksilber wegen eingetretener Intoxikation aussetzen muss, oder aus Furcht vor einer solchen nicht anwenden will, man auf das Pilokarpin rekurriren soll. Er berichtet einen Fall, den er als syphilitische Cerebrospinalmeningitis diagnosticirt, in welchem er sehr guten Erfolg davon gesehen haben will.

Es handelt sich um einen 52jährigen Buchbinder, der vor 20 Jahren Syphilis acquirirte, dann im Verlaufe eines Jahres Lymphdrüsenanschwellungen, Roseola, papulöses Syphilid, Plaques muqueuses durchmachte, seitdem aber, bis auf eine sehr rebellische, schließlich durch Jodkali geheilte Laryngitis im Jahre 1876, stets gesund war. Ende December 1881 stellte sich Kopfschmerz und Schwindel ein, der aber nach einigen Fußbädern und unter Ruhe schwand. In der zweiten Woche des Januar 1882 trat ein Gefühl von Taubheit und Kribbeln in den Füßen auf, das allmählich zunahm, sich über die ganze untere Extremität verbreitete, und schließlich auch Hände und Finger ergriff; dazu gesellten sich äußerst heftige, Abends und des Nachts zunehmende Schmerzen in allen Gliedern, allmählich Parese, darauf Paralyse derselben. Am 1. Februar trat Aphasie ein.

Die an diesem Tage eingeleitete Therapie bestand in Quecksilberinunktionen (pro die 5,0), Kal. jodat 1,0 steigend auf 2,5 pro die, Bromkali 1,0—2,0 pro die, hypodermatischen Injektionen von Pilocarpinum muriaticum in täglichen Dosen von 0,015, steigend auf 0,025. Außerdem als Tonicum: Chinadekokt, und zur möglichst langen Hinausschiebung der merkuriellen Stomatitis: Kali chloricum als Gurgelwasser. Trotz dieser letzten Vorsicht stellte sich aber schon nach 10 Tagen, ohne dass eine nennenswerthe Besserung eingetreten wäre, eine äußerst heftige Stomatitis ein. Die Quecksilberinunktionen wurden aus der Medikation fortgelassen; gleichwohl trat nach 4 Tagen eine merkliche, stets fortschreitende Besserung auf, und am 28. März war der Pat. vollständig geheilt. Die Pilokarpininjektionen wurden sehr gut ertragen, nur einmal trat nach 0,025 ein einige Stunden anhaltender Collaps ein, welcher Excitantien wich.

C. hält es für ausgemacht, dass die Heilung dieses Falles dem Pilokarpin zuzuschreiben ist, da einerseits das Quecksilber vorher keine Besserung gebracht hatte, andererseits Jodkali und Bromkali solche Wirkungen nicht erzielen können. (Jodkali? Ref.)

Freudenberg (Berlin).

504. **Gouguenheim.** Tuberculose, miliaire subaiguë du pharynx guérie par les applications d'jodoforme. Subakute Miliartuberkulose des Pharynx durch Jodoform geheilt.

(L'union méd. 1882. No. 150.)

Eine junge Frau von 25 Jahren erkrankte im Anfang einer Schwangerschaft an einer Angina, die sechs Monate hindurch ohne Erfolg behandelt wurde. Als G. sie zum ersten Male sah, bestand hochgradige Abmagerung; das Schlucken war fast unmöglich, die Stimme näselnd. Bei der Inspektion fand sich das Gaumensegel geschwollen und dunkelroth, die Ränder wie ausgenagt. Die hintere Fläche desselben, so wie die vorderen und hinteren Gaumenbögen sind ulcerirt; an Stelle der rechten Mandel zeigt sich eine Kloake; von hier war das Geschwür ausgegangen; das Zäpfchen, an seiner Basis ulcerirt, ist stark hypertrophisch und hängt in den Schlund hinab. Die Geschwürsfläche ist besät mit kleinen gelblichen Punkten. H. entfernte zunächst das Zäpfchen. Die Untersuchung desselben ergab tuberkulöse Infiltration durch die ganze Dicke desselben. Die Geschwüre werden mit ätherischer Jodoformlösung bepinselt. Nach Verflüchtigung des Äthers bleibt eine dünne Schicht Jodoformpulver auf der Geschwürsfläche zurück. Nach circa 14 Tagen sind die Geschwüre vollständig geheilt. Einen Monat später aufs Neue Schmerzen und Schluckbeschwerden. Der linke vordere Gaumenbogen zeigt eine harte, gelbliche, höckerige Oberfläche. Trotz Anwendung von Jodoform in der beschriebenen Weise mehren sich die Schmerzen und es bildet sich eine Ulceration der afficirten Partie. Unter Fortsetzung der Jodoformbehandlung heilt dieselbe rasch. Die Niederkunft ging normal von Statten. H. hielt die Pat. längere Zeit unter Augen; abgesehen von einer leichten Empfindlichkeit blieben die Gebilde des weichen Gaumens gesund. Bemerkenswerth ist, dass das Jodoform erst nach geschehener Geschwürsbildung seine heilende Wirksamkeit entfaltete.

Brockhaus (Godesberg).

505. **R. W. Amidon.** Notes on a case of acute Phthisis showing the Inutility of heroic antipyretic Treatment. Fall von akuter Phthise, beweisend die Nutzlosigkeit heroischer antipyretischer Behandlung.

(Archives of medicine — New York — Bd. VIII. p. 192.)

Ein 22jähriges Mädchen, ohne hereditäre Belastung, erkrankte 6 Wochen vor der Aufnahme in Folge einer schwachen Erkältung. Seitdem Brustschmerzen, Husten mit grünlichem Auswurf. Anorexie und Abmagerung. Die Untersuchung ergab Verdichtung beider Spitzen mit fein- und großblasigem Rasseln. Pat. bot bei Bettlage und einfacher Hustenmixtur bei durch 20 Tage fortgesetzter Beobachtung Morgentemperatur von 38° und 85 Pulse, 20 Resp. Abendtemperatur p. m. 39°, 105 P. 30 R. Der erste Versuch einer heroischen antipyretischen Behandlung bestand in einem kühlen Bade wie bei Typhusbehandlung (ohne Angabe des Wärmegrades. Ref.) und wurde von der Pat. unangenehm empfunden. Die Temperatur stieg unmittelbar nach dem Bade (11 Uhr Vormittags) von 38,9 auf 40°. Die Respirationsfrequenz von 22 auf 34. Puls kaum verändert. Wegen dieses schlechten Resultates wurde der Versuch nicht wiederholt. Nach einer weiteren Beobachtungsreihe von 3 Wochen, während welcher ein remittirendes, kontinuirliches Fieber mit entsprechender Puls- und Athmungsfrequenz bestand, 37,3—38 Abends 39—40,5, wurde eine einmalige Dosis von 5,20 Salicylsäure gegeben, welche aber als Wirkung nur ein Hinausschieben der Akme bis auf den späten Abend zeigte. Die Dosis, getheilt während des Vormittags gegeben, hatte kaum größeren Erfolg. Nach einem weiteren Zeitraume von 15 Tagen, während welcher die Krankheit rapid zunahm, die Abendtemperatur 40,5° erreichte und bereits Vormittags 39,5° zeigte, wurde Chinin in einer 3maligen 2stündlichen Dosis von 1 g gegeben. Die Temperatur erreichte um 1 Uhr 39,7°, Abends 9 Uhr 38,5°, beträchtliche Chininerscheinungen, welche noch mehrere Tage anhielten. Nachdem die Pat. 3 Tage ohne Medikation sich leidlich wohl gefühlt bei einer Temperatur kontinuirlich um 40°, wurde ein weiterer Versuch mit einer stündlichen Dosis von 0,6 Chininsulphat gemacht. Die Tem-

peratur schwankte am ersten Tage zwischen 37,1 und 38,5°, Pulse 76—80 (102 vor Beginn des Versuchs), der zweite Versuchstag 37,4—38,5°, Pulse 62—92, am dritten 37,3—38,6°, Pulse 65—96 in unregelmäßigen Erhebungen und Senkungen. Die Chininintoxikationserscheinungen wurden so eminent nach dem Verbrauch von 16,5 Chinin in 3 Tagen, dass ausgesetzt werden und wegen der Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen etc. Chloral gegeben werden musste.

Drei Tage nach Aussetzen des Chinins begannen Erscheinungen von Meningitis, leichter Opisthotonus, Kopfschmerz, Hyperästhesie, die Nachmittagstemperatur hatte gradatim 40,6° wieder erreicht. Am 6. Tage nach dem Versuch wurden in 10 Stunden 13,20 Jodkalium verabreicht, am folgenden Tage 6,50 Morgens, 7,20 Nachmittags und 7,20 als Abenddosis. Temperatur 40,7°, Puls 130, R. 30, folgenden Tages Pat. kollabirt, anscheinend moribund. Strabismus divergens und klonische Zuckungen der Gesichtsmuskeln, Erbrechen. Mittags und Abends je 7,80 Jodkali, fortgefahren mit Kognak per anum und subkutan. Mit dieser Medikation von 3mal täglich 7,80 Jodkali wurde noch 10 Tage fortgefahren, von diesem Tage wegen ausgebrochenem Jodismus ausgesetzt. Die Meningealerscheinungen nahmen ab und verschwanden völlig. Pat. lebte ohne weitere Medikation noch 2 Monate. Die Autopsie ergab keine Meningealtuberkulose, dagegen Verdickungen der Pia an der Basis. Auf Grund dieses Falles warnt Verf. vor der dauernden Anwendung der Antipyretica bei progressiver Phthise, die Basalmeningitis bezieht er auf die Anwendung der kolossalen Chinindosen und führt die Heilung derselben auf die hohen Dosen von Jodkali zurück.

Lorent (Bremen).

Litterarische Neuigkeiten.

J. B. Baillière & fils, Paris.

Bouchut, E., Traité de diagnostique et de sémiologie. 8°. 12 Fr.
Picard, H., Névroses des organes génito-urinaires de l'homme. 8°. 2 Fr. 50 ct.
Buttura, A., L'Hiver à Cannes et au Cannet. 8°. 2 Fr. 50 ct.
Engel, R., Nouveaux éléments de chimie médicale et de chimie biologique. 2 Éd. 12. 8 Fr.

O. Doin, Paris.

Guerder, P., Manuel pratique des maladies de l'oreille. 12. Cart. 5 Fr.
Poyet, G., Manuel pratique de laryncoscopie et de laryngologie. 12. Cart. 7 Fr. 50 ct.
Ritti, A., Traité clinique de la folie à double forme. 8°. 8 Fr.
Yung, E., Le sommeil normal et le sommeil pathologique. 12. 2 Fr. 50 ct.

Th. Furchheim, Neapel.

d'Emilio, L., Contribuzioni alla farmacia ed alla terapeutica. Parte I. 8°. 5 L.

Bell & Bradfute, Edinburg.

Brown, J. G., Medical diagnosis. 8°. 7 sh. 6 d.

G. Masson, Paris.

Follin, E., & Duplay, S., Traité élémentaire de pathologie externe. Tome VI. Fasc. 4. 8°. 4 Fr.
Duhring, L. A., Traité pratique des maladies de la peau. 8°. 15 Fr.
Maclagan, T. J., Le rhumatisme, sa nature et son traitement. 8°. 7 Fr.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel**, Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Nº. 37. Sonnabend, den 23. December. 1882.

506. H. Pistorius (Friedland). Beiträge zur Pathologie der akuten Arsenikvergiftung.

(Archiv für exp. Path. und Pharm. Bd. XVI. Hft. 3 u. 4. p. 188. Mit 1 Tafel.)

P. untersuchte die anatomischen Veränderungen, welche bei der Arsenvergiftung im Darmkanale auftreten. Er fand, dass der Dünndarm stets stärker befallen wird als der Magen. Die Darmaffektion beginnt 1—2 cm unterhalb des Pylorus und ist im Duodenum am hochgradigsten, aber auch im Ileum noch sehr stark. Im Magen (des Hundes) findet sich eine lebhafte Injektion der Serosa und der Mucosa, jedoch kommt es niemals zu Blutungen. Die Darmaffektion entwickelt sich nach subkutaner Vergiftung mit tödlichen Dosen frühestens nach 2—3 Stunden, nach intravenöser Vergiftung frühestens nach 40 Minuten. Bei sehr großen Giftdosen kann der Tod, ohne anatomische Veränderungen zu bewirken, eintreten. Bei nur eben tödlicher Dose bilden die auffallendste Veränderung die bei

Hunden und Katzen in größerer oder geringerer Ausdehnung die Dünndarmschleimhaut überziehenden Pseudomembranen. In Fällen, wo die Vergiftung mit häufigen Durchfällen einhergeht, kommt es schon zeitig zu solchen Membranbildungen, die man in den Dejektionen vorfindet. Die Genese dieser Bildungen ist folgende: Das Primäre während des Lebens ist eine starke Hyperämie der Zottenkapillaren. Aus denselben erfolgt reichliche Transsudation einer leicht gerinnbaren, fibrinösen Flüssigkeit, durch deren Andrang die Epithelialüberzüge der Zotten abgelöst werden. Das fibrinöse Transsudat gerinnt allmählich und bildet durch Einschluss der abgestoßenen Zellenmassen die den Darm überlagernden Pseudomembranen. Die Leber ist nur selten fettig entartet; dagegen kommt Steatose der Gallenblasenepithelien vor. Seröse Transsudationen in das Perikardium und die Pleura, ja selbst in die Hirnventrikel sind häufig. Die von Cornil und Brault (1882) angegebene Fettentartung der Lungenepithelien konnte Verf. bei keinem der vergifteten Thiere sicher konstatiren. Ekchymosen im Endokardium waren bei Katzen manchmal zu finden.

Die von Boehm und Unterberger gegebene Erklärung, dass die Arsenikwirkung auf einer Lähmung der abdominellen Gefäße und einer Schwächung des Herzens beruhe, ist richtig (gegen Lassar); die Gefäßlähmung ist eine centrale und periphere.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

507. **E. Stadelmann.** Die Arsenwasserstoffvergiftung.

(Archiv für exp. Path. und Pharm. Bd. XVI. Hft. 3 u. 4. p. 221.)

Bei Menschen tritt nach Arsenwasserstoffvergiftung stets eine Art Ikterus auf, der bei Thieren meist fehlt. St. zeigte nun, dass er bei etwas protrahirter Vergiftung auch an Thieren, wenn auch nicht sehr deutlich, zur Entwicklung kommt und seinen Grund in einer hochgradigen Veränderung der Galle hat, welche den Verf. dazu zwingt, in erster und zweiter Linie für diesen Ikterus die Leberthätigkeit verantwortlich zu machen und denselben als hepatogenen aus der Klasse der angeblich hämatogenen auszuscheiden. »Unzweifelhaft ist die Blutdissolution der Urgrund für den Ikterus, aber nur durch Vermittelung der Leber, welche in Folge des ihr zugeführten abnormen Blutes und Ernährungsmateriales eine abnorme Galle producirt, die durch ihre Eigenthümlichkeiten zur Resorption Veranlassung giebt.«

Kobert (Straßburg i. E.).

---

508. **O. Küstner.** Zur Kritik der Beziehungen zwischen Fäkalstase und Fieber. (Aus der gynäkologischen Klinik des Herrn Geh. Hofrath Schultze zu Jena.)

(Zeitschrift für klin. Medicin 1882. Bd. V. p. 186.)

Sehr häufig werden sowohl bei Wöchnerinnen als auch bei Ovariotomirten Temperatursteigerungen beobachtet, welche schwinden

nachdem reichliche Defäkation eingetreten ist. Während in einer Gruppe von Fällen die Temperaturerhöhung fast von Anfang an besteht, stellt sie sich bei einer zweiten kurz vor (seltener unmittelbar nach) der Defäkation ein. Häufig gehen damit peritonitische Reizerscheinungen einher: Druckempfindlichkeit des Abdomens, Meteorismus, Hochstand des Zwerchfells, Cyanosis und Pulsbeschleunigung. Etwaige Genitalausflüsse nehmen putriden Charakter an. Um diese Erscheinungen zu erklären, benutzt Verf. zunächst die Beobachtungen an Ovariotomirten. Er fand, dass die Temperatursteigerungen eintreten, wenn die Kothsäule in die Ampulle des Mastdarmes vordringt und diese ausfüllt. Durch öftere Peristaltik des Darmes und durch direkten Druck durch die ausgedehnte Ampulle werden die Wundflächen komprimirt, gewissermaßen massirt, so dass Wundsekrete zur ergiebigen und schnellen Resorption gelangen, die ihrerseits das mit der Fäkalstasis koincidirende Fieber bedingen. Vielleicht regen auch die stagnirenden Fäces lebhaftere Zersetzung der Wundsekrete an. Genau dasselbe gilt auch für Wöchnerinnen und oft genug kann man an ihnen perimetritische Exsudate von mitunter sehr geringem Umfange als weitere Folge nachweisen. **Eichhorst** (Göttingen).

---

509. **Tuczek.** Zur Lehre vom Durahämatom. Vortrag in der psychiatrischen Sektion zu Eisenach, mit Demonstration.
(Irrenfreund 1882. No. 9.)

Eine 42jährige Frau erkrankte 4 Monate vor dem Tode mit Gedächtnisschwäche und trauriger Stimmung bei vollem Krankheitsgefühl; dann stellten sich Erweiterung der Pupillen, ohne Starre, Eingenommenheit des Kopfes, Unbesinnlichkeit, große Unaufmerksamkeit, so wie Langsamkeit und Unbeholfenheit in allen Bewegungen, jedoch ohne auffällige motorische Schwäche, ohne halbseitige motorische Störungen und ohne Erscheinungen von Seiten der Gehirnnerven, ferner beiderseitige hochgradige Herabsetzung der Sehschärfe, die ihren Grund hatte in Neuroretinitis mit Stauungspapille und frischen streifigen Blutungen in der Retina, endlich vollständiger Verlust des Geruchsvermögens ein. Die Erscheinungen, besonders die Störungen der Intelligenz, besserten sich, bis plötzlich ein Anfall von Erbrechen, heftigem rechtseitigem Stirnkopfschmerz, starkem Collaps und zunehmendem Sopor auftrat, der nach 9 Stunden zum Tode führte. Dabei hatte die Kranke heftig mit den Armen um sich geschlagen und mit dem linken Bulbus langsame Nystagmusbewegungen gemacht, die linke Pupille war verengert, die rechte stark erweitert, beide starr; tiefe langsame Respirationen, Puls nicht unter 72. Der der Leiche entnommene Urin enthielt reichlich Zucker und etwas Eiweiß. Die Sektion wies einen mit flüssigem und geronnenem Blut und Pseudomembranen gefüllten, großen, scharf abgegrenzten Durahämatomsack nach, der die rechte Hemisphäre hochgradig abplattete

und nach einwärts drückte. Der größte Theil des Stirnlappens, der Centralwindungen und des Scheitellappens lagen komprimirt in einer schrägen etwas konkaven Fläche. An der übrigen Konvexität war die Hirnoberfläche mit der Dura vielfach leicht verklebt. Bei Eröffnung der Ventrikel fanden sich rechterseits die großen Ganglien bis in die Medianlinie nach einwärts gedrängt, links die Seitenventrikel erweitert.

Dass bei der hochgradigen Kompression gerade der motorischen Region keine Herdsymptome mit Ausnahme der linken Nystagmusbewegungen eintraten, erklärt sich aus der Langsamkeit der Kompression, welche zu keiner Ernährungsstörung der Hirnsubstanz führte. Die Neuroretinitis erklärt T. nach dem Vorgange von Huguenin aus meningitischen Processen an der Hirnbasis, die Anosmie aus Atrophie der Olfactorii in Folge der Verdickung der Meningen, die Anwesenheit von Zucker und Eiweiß im Urin aus dem Druck auf den vierten Ventrikel. **Peretti** (Andernach).

---

510. **Löwenfeld.** Die Erschöpfungszustände des Gehirns.
München 1882. 51 S.

Auf Grund eigener Erfahrungen versucht Verf. das schon unter dem Namen Cerebrasthenie oder Asthenie des Gehirns in letzter Zeit der spinalen Asthenie gegenüber gestellte Krankheitsbild als »Erschöpfungszustand des Gehirns« näher zu schildern.

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit bei der Gehirnerschöpfung ist in verschiedenen Graden vermindert, je nach der Schwere des Falles findet sich die ganze Skala von leichterem Ermüden und Zerstreutheit bei geistiger Thätigkeit bis zur vollständigen Aufhebung jedes psychischen Schaffens. Bei vielen Pat. kann zwischendurch die geistige Vollkraft für Stunden und Tage wiederkehren. Zwangsvorstellungen, sowohl als unwillkürlich auftretende Einfälle, wie als krankhafte Frage- und Grübelsucht, können schon bei den leichteren Fällen auftreten. Von Seiten des Gemüthes zeigen sich leicht hypochondrische oder melancholische Verstimmungszustände, Furcht vor Gehirnleiden, namentlich vor Geisteskrankheit, hervorgerufen durch Eingenommenheit des Kopfes, Hemmung des Denkvermögens, Gefühl der Theilnahmlosigkeit gegen die Umgebung und Sensationen von Öde und Leere im Kopfe. Die Stimmung wechselt nicht selten, in den schwereren Fällen treten ausgeprägte melancholische Zustände auf, Angst, Interesselosigkeit, Selbstmordideen.

Von sensiblen Störungen sind zu nennen vor Allem Eingenommenheit des Kopfes, dann Druck auf den Kopf, Hitze oder Kälte des Kopfes, Gefühl, als ob ein Reif um den Kopf liege. Nur in wenigen Fällen wurden Parästhesien: Gefühl von Taubsein, Pelzigsein oder Prickeln am Kopfe, besonders der Stirn, auch im Gesicht und an den Extremitäten, beobachtet. Kopfschmerz ist häufig vorhanden, aber nur von vorübergehender Dauer und geringer Intensität, meist

beschränkt auf den Vorder- oder Hinterkopf oder eine Seitenhälfte des Kopfes. — Unter den sensoriellen Störungen ist das häufigste: Umneblung des Gesichtes von einigen Augenblicken bis zu Stunden anhaltend. Häufig findet sich auch zeitweiliges Ohrensausen oder Sausen und Rollen im Kopfe. — Motorische Störungen sind in den leichten Fällen oft gar nicht zu beobachten, in schwereren sind sie nicht selten, fibrilläre Zuckungen im Bereiche des N. facialis (besonders im Orbicularis palpebr.), in der Zunge, seltener an anderen Muskeln, ferner Zuckungen einzelner Glieder oder konvulsivische Erschütterung des Gesammtkörpers beim Einschlafen, allgemeiner Tremor, namentlich bei Affektzuständen. An den Extremitäten stellen sich Schwächezustände ein, zum Theil mit plötzlichen Steigerungen (plötzliche Kraftlosigkeit eines Armes, eines Beines), aber niemals andauernd in hohem Grade, niemals Paresen im Gebiete des Facialis. — Von sonstigen Erscheinungen sind zu nennen: Schwindel, Platzangst im engern und weitern Sinne, Angst beim Alleinsein, Störungen der Sprache von häufigem Versprechen bis zur vorübergehenden Unfähigkeit zu sprechen, Herzklopfen und Kongestionserscheinungen nach dem Kopfe, erschwertes Einschlafen, Aufschrecken beim Einschlafen, »Angor nocturnus« und anderseits Schlafsucht. — Die Reaktion auf Durchleitung des galvanischen Stromes durch den Kopf zeigte in zahlreichen Fällen Abweichungen von dem normalen Verhalten und zwar fand sich einerseits abnorm gesteigerte, anderseits abnorm herabgesetzte Empfindlichkeit, ersteres vorzugsweise bei Personen, die überhaupt leicht erregbar waren, letzteres bei solchen mit mehr theilnahmlosem und stumpfsinnigem Verhalten. Bei Personen mit mittlerer galvanischer Empfindlichkeit des Gehirns fand sich außerdem eine vorübergehende Steigerung nach gemüthlichen Aufregungen und Anstrengungen. L., der früher der Ansicht war, dass der Schwindel bei Galvanisation des Kopfes durch Änderung in den Cirkulationsverhältnissen herbeigeführt werde, ist durch eine Beobachtung an einem Gehirnastheniker, bei welchem sich bei querer Durchleitung eines Stromes durch den Kopf zuerst Schwindel und dann erst geraume Zeit später Änderung des Füllungszustandes der Retinagefäße einstellte, dazu gekommen, den galvanischen Schwindel von direkter Beeinflussung des Gehirns durch den Strom abhängig zu machen und glaubt, dass »wir nunmehr den konstanten Strom als Prüfungsmittel für die Erregbarkeit des Gehirns selbst und die Stromstärke, die zur Erzielung von Schwindel erforderlich ist, als Index der Erregbarkeit desselben benutzen können«.

Da die genannten Symptome der Gehirnerschöpfung bald mehr bald weniger bei den verschiedensten Gehirnerkrankungen vorgefunden werden, so muss die Diagnose der Gehirnerschöpfung sich namentlich auf den Mangel an Symptomen, die bei organischen Affektionen des Gehirns vorkommen, stützen. Schwierigkeiten bietet die Differentialdiagnose im Vergleich mit den oft sehr protrahirt verlaufenden Initialstadien der progressiven Paralyse, der einfachen

chronischen Meningitis und den Hirntumoren. Die Grenze zwischen Gehirnerschöpfung einerseits und Melancholie, Hypochondrie und Hysterie anderseits ist kaum strenge zu ziehen, da hypochondrische und melancholische Verstimmungen Symptome der Gehirnerschöpfung sein können, ohne aber sonst als selbständige Krankheitsbilder geleugnet zu werden.

Was das Wesen der Krankheit betrifft, so sucht L. dasselbe nicht in Anämie oder Hyperämie, sondern in Veränderungen des Nervengewebes, über dessen Natur wir allerdings noch keine Kenntnis besitzen. Dagegen sind wir im Stande, für die meisten Symptome der Gehirnerschöpfung den Ort der Veränderungen zu bestimmen, und zwar ist es vorwiegend die Hirnrinde, die betheiligt ist. Ätiologisch sind von Wichtigkeit die geistige Überanstrengung, die depressiven gemüthlichen Erregungen; dann Onanie, übermäßige Pollutionen, fieberhafte Krankheiten, besonders Typhus, andauernde Verdauungsstörungen, Blutmangel, anhaltende Säfteverluste und übermäßiger Gebrauch von Kaffee, Thee und Tabak. Die Prognose richtet sich nach der Dauer der Krankheit, nach vorhandener oder mangelnder nervöser Disposition und dem allgemeinen Ernährungszustande. Die Therapie hat es in erster Linie mit der Hebung der ursächlichen Momente zu thun; gegen die Erkrankung selbst wendet man Elektrotherapie (Galvanisation oder Faradisation des Kopfes, allgemeine Faradisation) und Hydrotherapie (kühle Abreibungen, Halbbäder mit oder ohne kühlere Rückenbegießungen, bei abgehärteten männlichen Personen im Sommer kühlere Badeformen, bei anämischen, korpulenten weiblichen Individuen Sool- und Stahlbäder) an; dabei kräftige Ernährung, Bewegung aber ohne Ermüdung. **Peretti** (Andernach).

---

511. O. Vierordt. Über atrophische Lähmungen der oberen Extremität.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XXXI. p. 485—521.)

V. giebt zunächst einen Überblick über die den atrophischen Lähmungen zu Grunde liegenden Krankheitsformen (traumatische Läsionen, periphere Neuritis, Poliomyelitis anterior und progressive Muskelatrophie) und die verschiedenen von den Autoren aufgestellten Theorien. Er selbst möchte weder der myopathischen, noch der neuritischen, noch der spinalen Theorie ausschließlich Recht geben, sondern eine jede derselben für einen Theil der Fälle gelten lassen. Bei der Unmöglichkeit mit Hilfe der pathologischen Anatomie eine Differentialdiagnose zu stellen, sei man allein auf die klinische Diagnose angewiesen und in dieser Beziehung seien vier Gesichtspunkte bei der Sonderung der atrophischen Lähmungen speciell der der oberen Extremität maßgebend: das Verhältnis zwischen Atrophie und Lähmung in Bezug auf die Zeit ihres Auftretens, die Lokalisation derselben im Muskelsystem, die Sensibilitätsanomalien und der elek-

trische Befund. Nach einer kurzen Besprechung dieser vier Punkte in Bezug auf ihr Verhalten bei den verschiedenen Formen der atrophischen Lähmung folgen zunächst die Krankengeschichten von 3 traumatischen Paralysen (2 Fälle von Ulnarislähmung und 1 Fall von Lähmung des N. radialis, medianus und ulnaris) die nach des Verf. eigener Ansicht von geringem Interesse für den Zweck seiner Arbeit sind. Wichtiger sind die nun folgenden 7 Fälle von peripherer nicht traumatischer Neuritis. Sechs von diesen Fällen betreffen Ulnarislähmungen, in dem 7. Falle handelt es sich um eine Neuritis progressiva multiplex, die im Anschluss an einen akuten Gelenkrheumatismus aufgetreten war. In diesen 7 Fällen fand sich im Großen und Ganzen betrachtet kein charakteristisches zeitliches Verhalten zwischen Atrophie und Lähmung, eine mehr oder weniger scharf ausgesprochene Lokalisation der motorischen, weniger der sensibeln Störungen im Gebiet eines bestimmten Nerven und Vorhandensein partieller und kompleter Entartungsreaktion. In dem ersten Falle war besonders bemerkenswerth, dass bei Reizung des N. ulnaris am Handgelenk sowohl bei Einwirkung eines starken Induktionsstroms, als auch bei starker galvanischer Reizung und zwar hier bei KaS träge, langsam ablaufende Zuckungen im Hypothenar auftraten, ein Verhalten, das nach des Verf. Ansicht bis jetzt noch nie am Menschen beobachtet wurde. In dem 7. Falle zeigte sich das Bild der peripheren Neuritis durch den als ätiologisches Moment anzunehmenden Gelenkrheumatismus wesentlich modificirt, doch unterlässt Verf. eine genauere Besprechung dieses Falles unter Hinweis auf einen ähnlichen von Leyden publicirten. Es folgt nun die dritte Gruppe von Krankengeschichten, zusammengesetzt aus 6 Fällen von progressiver Muskelatrophie und einem Fall von Poliomyelitis anterior chronica. In den 6 ersten Fällen zeigte sich eine ausgesprochene Parallelität von Atrophie und Schwäche, mehr oder weniger diffuse Lokalisation der Erkrankung. Fehlen von Sensibilitätsstörungen (in einem Theil der Fälle fanden sich initiale Reizerscheinungen: Parästhesien und ziehende Schmerzen) und in Bezug auf den elektrischen Befund im Allgemeinen die Mittelform der Entartungsreaktion. Im Anschluss an den elektrischen Befund kommt Verf. auf die Frage von der Koincidenz von fibrillären Zuckungen und Entartungsreaktion zu sprechen. In einem der 6 genannten Fälle fand er ein vollkommenes Fehlen von fibrillären Zuckungen, während in allen anderen Fällen dieselben zwar mehr oder weniger deutlich ausgesprochen vorhanden waren, sich aber auch in Muskeln fanden, die absolut keine Spur von Entartungsreaktion zeigten. Er kann hierin im Gegensatz zu Remak keinen Beweis gegen die Ansicht von Friedreich sehen, der den fibrillären Zuckungen einen myositisch-neuritischen Process zu Grunde legt, da einerseits sich die in der Tiefe vorgehenden fibrillären Zuckungen der Beobachtung entziehen und andererseits wohl einzelne oberflächlich gelegene degenerirte Bündel fibrilläre Zuckungen geben können, ohne zum Zustandekommen der Entartungsreaktion zu genügen. Im Gegen-

satz zu den Fällen von progressiver Muskelatrophie fand sich in dem einen Fall von Poliomyelitis anterior chronica, der genau den von Erb als Mittelform beschriebenen Fällen entsprach, allmähliches Eintreten der Lähmung mit Atrophie bei normaler Sensibilität, Lokalisation in einzelnen Muskeln verschiedener Nervengebiete, normale Sehnenreflexe, normale elektrische Erregbarkeit vom Nerven aus, aber im Muskel typische Entartungsreaktion. Verf. bespricht hierauf noch ein Mal kurz die Hauptmomente der vier Krankheitsgruppen und geht über zur Differentialdiagnose. Der Parallelismus zwischen Atrophie und Lähmung ist nicht für sich allein beweisend für progressive Muskelatrophie, wohl aber ist diese Krankheit mit Sicherheit auszuschließen, wenn eine Voraufgehung der Lähmung vor der Atrophie besteht. Es kann sich dann nur um Neuritis oder Poliomyelitis anterior handeln. In Bezug auf die Lokalisation der Lähmung und Atrophie ist für die Neuritis ein Gebundensein derselben an das Gebiet des erkrankten Nerven zu fordern, doch kann auch dieses Merkmal, wie aus dem durch Gelenkrheumatismus bedingten Falle von Neuritis multiplex progressiva hervorgeht, fehlen. Die bei den 6 Fällen von progressiver Muskelatrophie zu konstatirende mehr oder weniger diffuse Erkrankung der Handmuskeln ließ allerdings sofort Neuritis, nicht aber Poliomyelitis anterior ausschließen. In Bezug auf die Anomalien der sensibeln Sphäre wird durch eine erhebliche Herabsetzung des Tastsinns und Schmerzgefühls die Diagnose Neuritis gesichert, da bei beiden anderen Erkrankungen nur ganz geringe Alterationen vorkommen. Was endlich den elektrischen Befund betrifft, so lässt sich hierüber nur so viel mit Sicherheit sagen, dass das Bestehen kompleter Entartungsreaktion bei geringer Atrophie die progressive Muskelatrophie ausschließt. Für die Neuritis sind endlich pathognomisch wichtige Zeichen Schwellung der Nerven mit lokalem und eventuell centripetal strahlendem Druckschmerz. Zum Schlusse giebt Verf. noch ein kurzes Resumé der vier Krankheitsbilder mit besonderer Berücksichtigung der beschriebenen Fälle.

Gessler (München).

---

512. **Lemoine et Lannois.** Périméningite spinale aiguë.

(Revue de médecine 1882. No. 6.)

Die Bezeichnung Perimeningitis medullae spinalis rührt von Albers her. Trombe führte den Namen Peripachymeningitis spinalis ein, jedoch glauben die französischen Autoren, dass die Benennung nach Albers, périméningite spinale, den Vorzug verdiene. In den aus der Litteratur angeführten Fällen, welche nicht allzuhäufig sind, war die Entzündung meistens sekundärer Natur: bald bildeten Nekrose, Pott'scher Buckel, syphilitische Processe der Wirbelknochen die Ursachen, bald sind es phlegmonöse Erkrankungen, welche von außen in den Wirbelkanal vorgedrungen waren; in einem Falle ist ein sarkomatöser Tumor im obern Abschnitte des Mediastinum

als Ausgangsstätte einer subpleuralen Entzündung zu bezeichnen, welche auf das perimeningeale Zellgewebe übergriff; einmal erblicken wir in einer Angina Ludovici die Ursache. In all diesen Fällen traten eine Reihe von Symptomen auf, welche denen einer gewöhnlichen Meningitis spinalis entsprachen, z. B. Lendenschmerzen, Starre der Nacken- und Rumpfmuskulatur, heftige febrile Erscheinungen etc.

Aber es giebt auch Fälle, in welchen die Entzündung spontan und primär um die Meningen herum auftritt, zur Eiterung kommt und den Tod bedingt, ohne dass die Dura mater an dem entzündlichen Vorgang Theil nimmt. Wenn die Symptome der Meningitis auftreten, so sind sie doch nicht von großer Wichtigkeit und weit entfernt, den Symptomenkomplex zu beherrschen. Gerade diese Formen sind es, welche den Namen Perimeninigitis medullae spinalis als geeigneter erscheinen lassen. Einen solchen Krankheitsfall beschreiben die Verff. ausführlich; wir sehen, wie fünf Tage nach einem unerheblichen Sturz schon eine Paraplegie sich entwickelt, wie die Paralysis akut nach oben fortschreitet und der Tod unter asphyktischen Zeichen eintritt. Bei der Sektion fand sich nur eine Eiterung in dem Kanal, außen von den Meningen, in reichem Maße und zwar von dem 7. Halswirbel bis zum 8. Rückenwirbel, mit einer ziemlich weit verbreiteten Erweichung des Rückenmarkes in Folge des Druckes.

Einen ganz ähnlichen Fall hat Lewitzky 1877 veröffentlicht.

Im Anschluss an ihre Beobachtung besprechen Verff. die Diagnose, welche fast unüberwindliche Schwierigkeiten dabietet. Man kann die Perimeningitis vermuthen, wenn eine Eiteransammlung in den Weichtheilen um die Wirbelsäule herum besteht, welche sich durch die Foramina intervertebralia fortsetzen kann, oder wenn der primär im Rückenmarkskanal entstandene Eiter nach außen zu Tage tritt: dies war in ihrer eignen Beobachtung der Fall, wo bei der Sektion nach Abtragung der Weichtheile einzelne Tropfen Eiter zwischen dem 1. und 2. Dorsalwirbel, aus den Foramina hervorflossen. **Prior** (Bonn).

---

513. **Mackenzie.** Paralysis of the muscles of the larynx. (Paralyse der Kehlkopfmuskeln.)

(The med. record Bd. XXII. Hft. 17.)

Die Stimmbänder haben drei Funktionen: 1) den Eingang zum Kehlkopf zu bewachen, resp. offen zu halten, 2) den Ton beim Sprechen und 3) beim Singen zu erzeugen. Für den Arzt haben hauptsächlich die beiden ersten Bedeutung. Bei Lähmung der Stimmbänder kann, je nach den afficirten Muskeln, die eine oder die andere dieser beiden Funktionen aufgehoben sein. Sind beide Mm. crico-arytaenoidei postici, oder wie M. sie nennt, die Abduktoren der Stimmbänder gelähmt, so ist der Zutritt der Luft zu den Lungen in

hohem Grade gefährdet. M. empfiehlt in solchen Fällen sofortige Tracheotomie. Paralyse der genannten Muskeln kann centraler Natur sein, z. B. wenn die Vaguswurzeln im vierten Ventrikel in irgend einer Weise afficirt sind, oder sie kann peripheren Ursprung haben (Druck auf die Recurrentes durch Struma, Erkrankungen des Ösophagus etc.); endlich kommt auch eine direkte myopathische Lähmung dieser Muskeln vor. Ist die Lähmung einseitig, so ist meist die linke Seite betroffen und der Grund in der Mehrzahl der Fälle (nach M. unter 10 wenigstens 6mal) Aneurysma der Aorta und Kompression des betreffenden Recurrens. Der Lähmung der Abduktoren der Stimmbänder stellt M. diejenige der Adduktoren gegenüber, bei welcher das Athmen in keiner Weise beeinträchtigt ist, wohl aber die Stimme. Diese Affektion ist häufig hysterischen Ursprungs. Die Kranken husten, lachen etc. laut, zum Beweis, dass die betreffenden Muskeln reflektorisch erregbar sind. Gestützt auf die Erfahrung, dass oft in derartigen Fällen die Stimme nach einem plötzlichen Schreck wiederkehrte, empfiehlt M., die Kranken zu elektrisiren und die Stärke des Stromes so lange zu steigern, bis sie laut sprechen. Eine zweite Methode, von der M. gute Resultate sah, ist, die Kranken in Gegenwart eines Bekannten leicht zu chloroformiren. Mit Beginn der Narkose fangen sie an, laut zu sprechen. Lässt man sie dann allmählich wieder zu sich kommen, so merken sie, dass sie laut sprechen und freuen sich, dass sie durch die mit ihnen angestellte Procedur ihre Stimme wieder gewonnen haben. Die dritte Funktion der Stimmbänder, die Produktion der Töne beim Singen, wird nach M. beeinträchtigt resp. aufgehoben durch Lähmung des M. thyreo-arytaenoideus. Das beste Heilmittel ist in solchen Fällen Ruhe.

Brockhaus (Godesberg).

---

514. **F. Siemens.** Wahnideen und Delirien.

(Neurologisches Centralblatt 1882. No. 20.)

Um der missbräuchlichen Konfundirung der Ausdrücke »Wahnideen (Wahnvorstellungen)« und »Delirien« zu begegnen, schlägt S. vor, als Delirium ausschließlich »irres Reden und Handeln ohne Bewusstsein« zu bezeichnen; als Wahnideen dagegen »auf krankhafte Weise zu Stand gekommene Vorstellungen oder Associationen von Vorstellungen, durch welche das Bewusstsein gefälscht und das Fühlen und Streben der Menschen in krankhafter Weise beeinflusst wird« — wohin die meisten wahnhaften Äußerungen der Geisteskranken gehören.

Eulenburg (Berlin).

---

515. R. Saundby. On the albuminuria of epilepsy. (Über Eiweißharn bei Epilepsie).

(Med. times and gazette 1882. Okt. 14.)

Als Beitrag zur Frage nach dem Vorkommen von Albuminurie im Anschluss an epileptische Anfälle berichtet S., dass er bei 20 Epileptikern 27mal den Urin nach (schweren) Anfällen untersucht und nur 5mal Eiweiß darin vermisst hat. Dass einzelne Autoren dies so selten gefunden haben, liegt nach ihm daran, dass die von ihnen beobachteten Kranken, die sich im Hospital befanden, gar nicht oder nur wenig umhergehen. **Küssner** (Halle a/S.).

---

516. Potain. Pseudo-lipome sous-claviculaire. (Pseudo-lipoma supraclaviculare.)

(Gaz. méd. de Paris No. 42. — Académie de médecine, Sitzung vom 17. Okt. 1882.)

Vor einigen Jahren hat Verneuil unter dem Namen Pseudolipome sous-claviculaire (über dessen Zweckmäßigkeit sich wohl streiten lässt) eine ödematöse Anschwellung im Bereich der Fossa supraclavicularis beschrieben, welche zuweilen bei »Rheumatikern« beobachtet wird; es handelt sich um eine schmerzlose, lange dauernde, aber unzweifelhaft rein ödematöse Schwellung von 2—3 cm Dicke, über die nichts Näheres bekannt ist. P. hat dasselbe beobachtet und außerdem an verschiedenen anderen Körperstellen (Malleolen, Achillessehne, Ligamentum patellae, Handrücken) analoge Ödeme gesehen, welche sich im Laufe der verschiedenen »Formen des Rheumatismus« (chronische, wie akute und subakute) einstellen; während der letzten 3 Jahre waren es 20 Kranke (16 Frauen, 4 Männer), bei denen er dies konstatirte. Weder allgemeine Cirkulationsstörungen noch lokale Stauungen u. dgl. konnten als Ursache verantwortlich gemacht werden. Bei einer Anzahl der betr. Frauen hatten vor kurzer Zeit die Menses aufgehört. 4 Kranke waren außerdem diabetisch.

In einem Bericht über obigen Vortrag fügt de Ranse eine eigene Beobachtung von »Pseudo-lipome sous-claviculaire« bei einer 55jährigen an Gicht leidenden Dame hinzu. **Küssner** (Halle a/S.).

---

517. Rendu. Péricardite aiguë a frigore. (Akute Perikarditis in Folge von Erkältung.)

(L'union méd. 1882. No. 147, 149, 151 und 152.)

R. beobachtete folgenden Fall. Ein junger Mann von 18 Jahren erkrankte nach einer starken Erkältung und Durchnässung des Körpers unter Symptomen, die einen beginnenden Typhus annehmen ließen. Nach einigen Tagen stellten sich die Zeichen einer Anfangs trockenen, später exsudativen Perikarditis ein. Trotz Anwendung verschiedener Mittel (Diuretika, Applikation von Schröpfköpfen,

Vesikantien, Glüheisen auf die Herzgegend etc. nahm das Exsudat zu und der Zustand des Kranken wurde ein sehr schlechter: hochgradige Dyspnoe und Oppression. starke Cyanose und Schwellung des Gesichts: der kleine und frequente Puls zeigt den Charakter des Pulsus paradoxus Aussetzen während der Inspiration; Herzgegend vorgetrieben und ödematös. Das Exsudat reichte nach oben bis zur oberen Partie des zweiten Interkostalraums, nach unten, das Zwerchfell herabdrängend, bis zum siebenten Interkostalraum, nach rechts $1^1/_2$—2 cm über das Sternum, nach links 3 cm über die Brustwarze. Hinten ergab die Perkussion tympanitischen Schall in der ganzen Fossa supraspinata. R. machte die Paracentese vermittels des Potain'schen Aspirators. Er stieß den Trokar in der Mamillarlinie 5 cm unterhalb der Brustwarze ein und entleerte 970 ccm einer klaren. citronenfarbigen, fibrinreichen Flüssigkeit. Unmittelbar nach der Operation bedeutende Erleichterung des Kranken, die Dyspnoe verschwand, dagegen stellte sich ein quälender Husten mit schleimigem. zähem Auswurf ein, wie dies auch während und nach der Entleerung größerer pleuritischer Exsudate beobachtet wird. Die Auskultation ergab in den nächsten Tagen die Zeichen einer Kongestion der linken Lunge. Die Dämpfung in der Herzgegend hatte nach oben und den Seiten hin nur in geringem Grade abgenommen. Puls klein und frequent aber regelmäßig; die Athembewegungen zeigten auf denselben keinen Einfluss mehr. Die Beklemmung und die Dyspnoe nahmen nach einigen Tagen wieder zu; starke Dosen Kaffee brachten unter vermehrter Diurese Erleichterung. Darauf langsame aber kontinuirliche Besserung. Einen Monat nach der Punktion entwickelte sich, wahrscheinlich in Folge einer neuen Erkältung. eine linksseitige Pleuritis mit mäßigem Exsudat, und einige Tage später eine trockene rechtsseitige Pleuritis, welche unter Hinterlassung leichter Adhärenzen heilten. 4 Monate nach Beginn der Erkrankung war der Allgemeinzustand des Pat. befriedigend. Es existiren noch Spuren von Hervorwölbung in der Herzgegend, aber es ist kein Exsudat mehr nachweisbar. Die Herztöne sind dumpf und schwach. perikardiale Geräusche nirgends zu hören. Die Herzdämpfung ist vergrößert; der vertikale Durchmesser beträgt 14, der transversale an der Basis 12, in der Höhe der Brustwarze $8^1/_2$ cm. Puls klein und frequent, Jugularvenen stark gefüllt. R. zweifelt nicht, dass sich eine Verwachsung der vorderen Herzwand mit dem Herzbeutel ausgebildet hat.

In der Epikrise über den mitgetheilten Fall macht R. auf die Seltenheit dieser Entstehungsweise der Perikarditis (ohne vorhergegangenen Gelenkrheumatismus) aufmerksam. Doch ist er geneigt. bei dem Pat. eine rheumatische Diathese anzunehmen, die sich in der Neigung verschiedener seröser Häute (Pleura und Perikardium zu entzündlichen Affektionen geäußert habe. Er erinnert an die einschlägige Arbeit von Duroziez (s. dieses Centralblatt 1881. No. 37). Sodann bespricht er die Differentialdiagnose zwischen perikarditischem

Exsudat und der, bei jugendlichen Individuen nicht seltenen Dilatation des Herzens. Dass dieselbe nicht immer leicht ist, beweisen die von bedeutenden Diagnostikern gemachten Irrthümer; s. einige Beispiele im Original. Nach R. sind die Ergebnisse der physikalischen Untersuchung weniger entscheidend als die Würdigung der begleitenden Allgemeinerscheinungen. Für Dilatation des Herzens spricht z. B. das Auftreten von Ödemen der Unterextremitäten und von Ascites, Vergrößerung der Leber, Verminderung des Urins und Albuminurie. Bei perikarditischem Exsudat kommt es nicht zu allgemeinem Hydrops, der Urin enthält kein Eiweiß etc. Der Puls ist bei Dilatatio cordis auch klein und frequent, zeigt aber nie den Charakter des Pulsus paradoxus. R. giebt im Original zwei charakteristische Pulskurven, vor und nach der Paracentese des Exsudats genommen. Hervorwölbung der Herzgegend kann bei beiden Affektionen vorhanden sein, eben so Vergrößerung der Herzdämpfung. In Bezug auf letztere ist charakteristisch für perikardiales Exsudat, dass dasselbe den Herzbeutel hauptsächlich nach unten (Herabdrängung des Zwerchfells) und nach hinten (Kompression der Lunge, tympanitischer Schall bei Perkussion von hinten) ausdehnt. Endlich spricht Ödem der Haut in der Herzgegend für perikardiales Exsudat. Bemerkenswerth war in R.'s Fall das Verhalten der Temperatur. Während dieselbe in den ersten Tagen der Erkrankung 40° und mehr betrug, hielt sie sich später zwischen 38 und 39° C., sank am Tage vor der Operation auf 37,8, um nach letzterer wieder auf 39° zu steigen, und dann zwischen 37,5° und 39° zu schwanken. Die Steigerung nach der Operation ist nach R. durch die Kongestion der linken Lunge zu erklären.

Zur Ausführung der Paracentesis pericardii giebt R. der Punktion mit nachfolgender Aspiration vor allen andern Methoden den Vorzug. Die Incision des Perikards ist nur indicirt, wenn die eitrige Beschaffenheit des Exsudats durch eine Probepunktion festgestellt ist. Der Einstichpunkt soll möglichst tief, 1 cm über der untern Dämpfungsgrenze und ca. 4 cm nach links vom Sternum gemacht werden, weil die Entleerung hier am leichtesten vor sich geht und Verletzungen des Herzens am sichersten vermieden werden. Da bei perikardialen Exsudaten von solcher Größe, dass eine Operation nöthig wird, das Zwerchfell stets stark herab- und die Lunge nach hinten gedrängt ist, sind Verletzungen dieser Organe nicht zu fürchten.

Zum Schluss stellt R. die in der Litteratur aufgezeichneten Fälle von Paracentesis pericardii zusammen und berechnet, dass in 32 % derselben bleibende Besserung resp. Heilung durch die Operation erzielt wurde. Das Verhältnis wird ein viel günstigeres, wenn diejenigen Fälle, in denen an tuberkulösen etc. Kranken operirt wurde, ausgeschlossen werden; von 10 Kranken, die wegen unkomplicirter Perikarditis mit serösem Exsudat operirt wurden, genasen 8. Aber auch in den weniger günstigen Fällen plaidirt R. für Ausführung der

Operation, da, wenn auch keine Heilung, so doch eine bedeutende Erleichterung des Kranken stets erzielt wird. **Brockhaus** (Godesberg).

---

518. **G. W. Balfour.** Arguments in favour of the theory of dilatation of the heart as the cause of cardiac haemic murmurs, and of the appendix of the left auricle being the primary seat of this murmur. (Beweise für die Theorie, dass vorübergehende Dilatation des Herzens die Ursache der sog. Blutgeräusche, und dass das linke Herzohr der Hauptsitz dieser Geräusche ist.)

(Edinb. med. journ. 1882. Oktober.)

B. bringt eine kurze Zusammenstellung der Fakta, welche dafür sprechen, dass die sog. accidentellen, anorganischen oder Blutgeräusche außerordentlich häufig durch vorübergehende Dehnung und Dilatation der Herzventrikel entstehen, dass es sich also um relative oder temporäre Insufficienz der venösen Klappen (Mitralis und Tricuspidalis) handelt. Die »anorganischen« Geräusche würden demnach principiell (wenigstens in einer großen Reihe von Fällen) denselben Entstehungsmodus haben wie die »organischen«, durch anatomische Erkrankungen der betr. Klappen bedingten — eine Anschauung, die auch in Deutschland immer mehr Verbreitung gewonnen hat. B. betont dann noch die schon von Naunyn hervorgehobene Bedeutung des linken Herzohres für die Entstehung resp. Fortleitung der Geräusche. **Küssner** (Halle a/S.).

Kasuistische Mittheilungen.

519. **G. Burckhardt.** Ein Fall von Worttaubheit.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1882. No. 20.)

Pat. erkrankte Anfang 1877 an Aphasie, Alexie und Agraphie. Die Aphasie hatte diejenige Form, welche der Ref. als Leitungsaphasie unterscheidet, d. h. sie bestand wesentlich im Verwechseln von Wörtern, und eben so verhielt sich Agraphie und Alexie. Nach einigen Monaten besserte sich alles so weit, dass Pat. sogar litterarisch thätig sein konnte. Im Juni 1881 stellte sich dann plötzlich als Novum die von dem Verf. so genannte Worttaubheit ein und blieb bis Juni 1882, wo ihn der Verf. zuletzt sah, unverändert bestehen. Von dem Defekt hatte der Pat. keine Ahnung. Es scheint, als ob das Schreiben und Lesen durch den neuen Einfall nicht beeinträchtigt worden sei, beim Sprechen gebrauchte Pat. hin und wieder falsche Wörter, ohne es zu bemerken. Sein Gehör war gut, rechts sogar krankhaft empfindlich. Pat. war somit nicht nur worttaub, sondern auch aphasisch, da er Wörter verwechselte, wie alle derartige Kranke. Man sollte deshalb lieber den von dem Ref. bei der ersten Beschreibung dieses Zustandes vorgeschlagenen Namen der sensorischen Aphasie darauf anwenden. Im Übrigen dürfte das Hauptinteresse des Falles darin bestehen, dass die sensorische Aphasie nicht wieder ausgeglichen

wurde, sondern Bestand hatte. Eine doppelseitige Läsion der beiden ersten Schläfewindungen wird dadurch wahrscheinlich. Die Besprechung des Falles leidet an mangelhafter Kritik; als die sicherste Grundlage unseres Wissens scheint Verf. das Buch von Exner über die Funktion der Großhirnrinde zu betrachten. Es sei hier dem Ref. gestattet, eine ihn angehende Bemerkung des Verf. zu berichtigen. Der Verf. sagt nämlich: »Wernicke hatte schon in seiner früheren Arbeit (Der aphasische Symptomenkomplex, Breslau 1874) behauptet, dass die sensorischen Partien des Sprachfeldes in der hinteren Partie der insulären Ausstrahlung liegen, resp. in dem Schläfenlappen zu suchen seien. Seither sind nun einige Sektionsbefunde dieser Behauptung zu Hilfe gekommen (vgl. bei Exner die Fälle 112, 113, 121 und dessen Tafel). In diesen Fällen wurde die oberste Temperarwendung »wirklich erkrankt gefunden«. Sie war schon vorher wirklich erkrankt gefunden worden und zwar gleich in zwei der von mir mitgetheilten Fälle an dem eben angeführten Orte.

Wernicke (Berlin).

520. O. Berger. Ein Fall von progressiver Paralyse.

(Neurologisches Centralblatt 1882. No. 22.)

B. veröffentlicht einen (im Breslauer städtischen Armenhause beobachteten) Fall, welcher der von Neumann und anderen hervorragenden Psychiatikern bekanntlich aufgestellten Behauptung des ausschließlichen Vorkommens der Paralyse beim männlichen Geschlecht widerspricht. B. hebt dem gegenüber hervor, dass allerdings die von Neumann geschilderte »klassische« Form der Paralyse beim weiblichen Geschlecht relativ seltener angetroffen werde. Die Paralyse der Frauen hat im Allgemeinen einen weit ruhigeren, weniger turbulenten und langsameren Verlauf. Das maniakalische Stadium ist von geringerer Intensität, der Größenwahn fehlt nicht selten, oder tritt wenigstens nicht so grell zu Tage, und der fortschreitende Schwachsinn — das psychische Hauptkriterium der Krankheit — beherrscht die Situation. In dem mitgetheilten, eine 28jährige Näherin betreffenden Falle konnte aus der bis zum tiefsten Blödsinn fortschreitenden Intelligenzschwäche, in Verbindung mit den hochgradigen Motilitätsstörungen an Ober- und Unterextremitäten, der charakteristischen Sprachbehinderung etc. die klinische Diagnose unschwer gestellt werden, wennschon in einer gewissen Krankheitsperiode die Möglichkeit einer multiplen Sklerose nicht völlig auszuschließen war. Die ersten manifesten Erscheinungen traten schon im Alter von 23 Jahren auf, und die Dauer des Leidens betrug fast 6 Jahre. Von den Symptomen sind die das Initialstadium beherrschenden Anfälle von arteriellem Gefäßkrampf hervorzuheben, welche sich Anfangs auf die Finger der rechten Hand beschränkten, später über den ganzen Arm ausdehnten und mit motorischer Störung der ischämischen Theile verbinden; der cerebrale Ursprung dieser Anfälle (linke Großhirnhemisphäre) wurde durch die hinzutretende hochgradige Sprachbehinderung noch evidenter, und es handelte sich hier also offenbar um einen paroxystischen Angispasmus, als dessen Ausgangspunkt nach B. die von Eulenburg und Landois nachgewiesenen vasomotorischen Centren der Großhirnrinde anzusprechen sein dürften. Der anatomische Befund ergab hochgradigste Atrophie des Gehirns, mit chronischer Leptomeningitis cerebralis und spinalis; am Rückenmark zahlreiche Körnchenzellen in den Hinterseitensträngen, doch keinerlei sklerotische Processe. Das Gehirngewicht betrug nur 850 g (mittleres Gehirngewicht bei Frauen nach R. Wagner = 1250; Mendel fand bei Paralytikern als Minimum 1125, Meyer als niedrigstes Gehirngewicht nach mehrjähriger Krankheitsdauer 950).

Eulenburg (Berlin).

521. A. Kumar (Wien). Kasuistische Mittheilungen.

(Wiener med. Blätter 1882. No. 47.)

I. Mastitis oder akute Carcinombildung?

Eine 43 Jahre alte Frau verspürte seit einigen Wochen bei allgemeinem Unwohlseinsgefühle Schwäche, Appetitlosigkeit, vermehrtem Durste lancinirende, außer-

dem auch kontinuirliche Schmerzen in beiden, früher schlaffen, kaum faustgroßen, nun aber runden, derben, prallen und bald um das Doppelte vergrößerten Brüsten. Die Frau zeigt bei der Aufnahme fahle Gesichtsfarbe, blasse Lippen, trockene Haut, Abmagerung. »Das rechte Auge stark hervorragend«, Ptosis, »das Auge etwas nach außen gedreht, die Pupille eng, das Sehen undeutlich«, Jochbogen rechterseits verdickt. Aus dem Munde fauliger Geruch, das blasse, am Rande bleigraue Zahnfleisch leicht blutend. Die Haut über den Brüsten gespannt, glänzend, hie und da von ausgedehnten Venen durchzogen, die Brüste gleichmäßig hart, auf ihrer Unterlage auch bei stramm ausgespanntem Muskel leicht allseitig verschiebbar; auf ihrer Oberfläche kleine Unebenheiten. Magen mäßig erweitert, Leber, Milz vergrößert.

K. wusste nicht, ob es sich um eine ungewöhnliche Entzündungsform (ganz deutliche, örtliche Erscheinungen der Entzündung, die kurze Dauer) oder um eine akute Carcinomentwickelung (große Härte, klumpige Form beider Drüsen, lancinirende Schmerzen, Kachexie) handle, entschied sich aber wegen der Kürze der Zeit, in der die Anschwellung zu Stande gekommen war (14 Tage), für die erstere Annahme. Therapie: Jodkaliumsalbe, mäßig komprimirender Verband, gute Nahrung. Am 8. Tage des Spitalaufenthaltes wurden der Kranken 2 kariöse Zähne gezogen, worauf 3mal heftige Blutungen entstanden, welche erst am folgenden Tage durch Tamponade mit in Liquor. ferr. sesquichlor. getränktes Charpie gestillt werden konnte; 3 Tage später plötzlich Athembeschwerden, Collaps; Exitus letalis. Obduktion: Anämie des Hirns; »das rechtsseitige Ganglion Gasseri bedeutend größer, nach auswärts gedrängt; an seiner Innenseite eine nahezu haselnussgroße Höhle« mit locker geronnenem Blute. Die Pyloruswandungen ringförmig von Carcinommasse durchsetzt, seine Lichtung etwas verengt. Leber und Milz amyloid degenerirt; beide Brüste von einer glänzend weißen, speckartigen, äußerst derben, von bis nussgroßen hämorrhagischen Herden durchsetzten Masse eingenommen.

Es hatte sich also um akute Carcinombildung und um Apoplexien in das Carcinom gehandelt, daher die rasche Volumszunahme und der entzündliche Charakter.

II. Spasmus der Halsmuskeln.

Ein 40 Jahre alter Mann war 16 Jahre vor seiner diesmaligen Erkrankung von einer ähnlichen Affektion durch das von Prof. Schuh applicirte Glüheisen und darnach längere Zeit unterhaltene Eiterung der Brandwunde vollkommen geheilt worden. Oktober 1880 nach einem starken Schrecke zuerst leise, bald aber stärkere und heftigere stoßweise Kontraktionen des linksseitigen Sternocleidomastoideus: wackelnde, immer zunehmende Bewegungen des Kopfes, endlich 1/4 Minuten dauernder, tonischer Krampf. Versuch, durch Willensimpuls den Krampf zu unterdrücken oder den Kopf zu drehen, vermehrt die Krämpfe, die nur wenn der Kopf im Bettkissen vergraben ist, längere Zeit cessiren. Besserung auf Morphin- und Atropininjektionen und mehrwöchentliche Faradisirung. Dann Verschlimmerung, wie es scheint, in Folge neuerlicher Gemüthsbewegung: nahezu kontinuirliche oscillirende Bewegung des Kopfes, hie und da in anhaltenden, sehr schmerzhaften Krampf übergehend. Conterium actuale auf der linken Halsseite an den von der früheren Kur herrührenden Narben; nach Abfall der Schorfe Unterhaltung der Eiterung mittels Labinasalbe. Besserung nach 5 Wochen und Überstehen eines Blasen- und Darmkatarrhes. Vorübergehende Morphiomanie, da die Brandwundenschmerzen zu häufigen Morphininjektionen veranlasst hatten. Einige Wochen später überzeugte sich K. von der vollkommenen Heilung. **K. Bettelheim** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.
Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,
Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,
redigirt von
Prof. **Brieger**, Prof. **Ehrlich**, Prof. **Finkler**, Dr. **A. Fränkel**
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 38 u. 39. Sonnabend, den 30. December. 1882.

522. Flechsig. Über eine modificirte Anwendungsweise von Mosso's Hydrosphygmograph.

(Neurologisches Centralblatt 1882. No. 22.)

F. benutzt zur Untersuchung des Vorderarmpulses Geisteskranker den Mosso'schen Hydrosphygmographen mit der Modifikation, dass der Glascylinder zur Aufnahme des Vorderarms nicht (wie bei Mosso) mit Wasser gefüllt wird — was zeitraubend und überflüssig ist — sondern einfach mit Luft gefüllt und gegen den Arm luftdicht abgeschlossen wird. Es bedarf hierbei kaum 1/2 Minute zur Applikation des Apparates. Letzterer registrirt auf diese Weise auch veränderliche Zustände der Armmuskulatur und lässt so eigenartige Erregungszustände derselben erkennen, welche dem bloßen Auge sich

entziehen, z. B. bei einem Kranken mit kataleptisch-ekstatischen Zuständen regelmäßige rhythmische Kontraktionen, die in beträchtlicher Geschwindigkeit (etwa 8 in der Sekunde) einander folgen.

Eulenburg (Berlin).

---

523. **Bechterew.** Über die funktionelle Beziehung der unteren Olive zum Kleinhirn und die Bedeutung derselben für die Erhaltung des Körpergleichgewichts.

(Archiv für Physiologie Bd. XXIX. p. 257—265.)

Mittels eines besonders konstruirten Instrumentes gelang es dem Verf., eine verdeckte Messerklinge um den äußeren Rand der Medulla oblongata herumzuführen, sie dann in der Richtung nach innen vorspringen zu lassen und sie wieder verdeckt herauszuführen. Auf diese Weise gelang es ihm, isolirte Verletzungen der Olive bei Hunden hervorzubringen. Es wurden dann folgende Erscheinungen beobachtet:

1) Zwangsweise Bewegungen verschiedener Art, welche bei bedeutenderen Verletzungen gewöhnlich in der Form von Rollungen um die Längsachse des Körpers nach der Seite der Verletzung mit Nystagmus beider Augen und eigenthümlicher Abwendung derselben — des einen nach innen und unten, des anderen nach außen und oben, verlaufen; bei geringeren Läsionen aber entweder als Laufbewegungen nach vorn, oder als Kreisbewegungen, oder als Zurückwerfen des Körpers nach hinten, zum Ausdruck gelangen.

2) Zwangslagen besonderer Art, die darin bestehen, dass das Thier während seines Ruhezustandes entweder auf der der Verletzung entsprechenden Seite liegt, oder sich knäuelartig, meistentheils nach der gesunden Seite hin zusammenrollt.

3) Störungen des Körpergleichgewichts, welche, wenn das Thier sich auf seine Füße zu stellen bemüht, bei beiderseitigen Läsionen sich entweder durch starkes Taumeln oder Unfähigkeit zu gehen und zu stehen, bei einseitigen durch Schwanken des Körpers nach der Seite der Verletzung, Neigung auf dieselbe zu fallen verrathen.

Sämmtliche Erscheinungen waren am deutlichsten während der ersten Tage nach der Operation ausgeprägt, später wurden sie nach und nach schwächer und im Falle beschränkter Läsionen konnte im Laufe einer oder mehrerer Wochen Restitution erfolgen. Der Erfolg einer einseitigen Zerstörung der Olive war genau derselbe, wie der durch Trennung des hinteren Kleinhirnschenkels derselben Seite. Aus diesem Grunde spricht sich der Verf. gegen die Angaben Meynert's u. a. Autoren aus, nach denen zwischen den genannten Kleinhirnschenkeln und den Oliven eine gekreuzte Verbindung in der Oblongata besteht. Da aber nach den bestehenden anatomischen Verhältnissen die Olive nicht zerstört werden kann, ohne dass die durch sie hindurch passirenden Fasern des unteren Kleinhirnschen-

kels derselben Seite mit betroffen werden, so hält Ref. diesen Schluss nicht für berechtigt. **Wernicke** (Berlin).

---

524. Kirchner. Über die Beziehung des Nervus trigeminus zum Gehörorgan.

(Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg 1882. No. 7.)

K. hat auf Grund klinischer Beobachtungen, denen zufolge Affektionen des Trigeminus zu mannigfachen Störungen und Erkrankungen am Gehörorgan Veranlassung geben können (Schmerzhaftigkeit im Ohr und in der Umgebung desselben bei Neuralgien gewisser Trigeminusäste, bei Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle), so wie unter Berücksichtigung neuerer experimenteller, in dieser Richtung angestellter Arbeiten von Gellé, welcher nach halbseitiger Durchschneidung der Med. oblong. und dadurch bedingter Zerstörung der Trigeminuswurzeln stärkere Vaskularisation und Exsudation in der der Verletzung entsprechenden Paukenhöhle gefunden hat, von Hagen, welcher nach intrakranieller Trigeminus-Durchschneidung vor dem Gangl. Gasseri nur ausnahmsweise Exsudatbildung in der Paukenhöhle (von Kaninchen) beobachtete und daher diesem Nerven keinen besonderen Einfluss auf die Ernährungs- und Cirkulationsvorgänge in der Paukenhöhle zuschreibt, so wie von Berthold, der sowohl nach intrakranieller Durchschneidung des Trigeminusstammes, als nach halbseitiger Durchtrennung der Medulla obl. entzündliche Veränderungen auf der der operirten Seite entsprechenden Paukenhöhle (zuweilen auch auf der entgegengesetzten) beobachtet hat, gleichfalls eine Reihe von Thierexperimenten angestellt, um die bestehenden Beziehungen zwischen Trigeminus und Gehörorgan zu eruiren.

K. wandte bei seinen Versuchen über elektrische Reizung des Trigeminus seine Aufmerksamkeit zunächst nur dem 3. Aste, unmittelbar nach dessen Austritt aus der Schädelhöhle, zu, dem Aste also, welcher durch Versorgung des Tensor palat. moll., des wichtigsten Tubenmuskels, zum Ohr in intimer Beziehung steht. Die Versuche wurden an eine geräumige Bulla ossea — Analogon der menschlichen Paukenhöhle — besitzenden Katzen ausgeführt; diese Bulla lässt sich, ohne große Nebenverletzungen, auch von unten her durch Auseinanderdrängen der Kiefermuskeln freilegen und kann nach Abtragung der sie bedeckenden Knochenschale bequem besichtigt werden. An der inneren Wand der mit einer blassen, feuchtglänzenden Schleimhaut ausgekleideten Bulla sieht man ein zierliches Gefäßnetz. Nach beendeter Freilegung der Paukenhöhle wurde der 3. Quintusast an seiner Austrittsstelle aus der Schädelhöhle an der vorderen, inneren Partie der Bulla aufgesucht, darauf ein kleines Stück vom N. mandibular. freigelegt, mit einem Faden festgebunden und peripher durchschnitten, der centrale ca. 1 cm lange, aus N. mandibular. und

inframaxillar. bestehende Nervenstumpf wurde nach Hervorziehung aus den Weichtheilen in die Ludwig'sche Elektrode gelegt.

Bei Reizung mit ganz schwachen Strömen von 10 Sek. Dauer ließ sich eine deutliche, noch mehrere Stunden nach Beendigung der Reizung anhaltende, starke Gefäßfüllung in der Paukenhöhle konstatiren, welche noch weiter zunahm, bis zur lividen Beschaffenheit der Mucosa, wenn noch 2- und 3mal mit stärkeren Strömen gereizt wurde; allmählich erfolgte Rückkehr zur Norm. Außerdem ließ sich eine dem Füllungsgrade der Gefäße entsprechende stärkere Schleimabsonderung in der Paukenhöhle wahrnehmen. Nach Ausreißen des 3. Astes, möglichst nahe an der Schädelbasis, fand sich, wenn das Thier mehrere Wochen später getödtet wurde, Wulstung der Schleimhaut in der Paukenhöhle und eine mäßige Menge schleimig-eitrigen Exsudats.

In welcher Weise sind nun die durch die Versuche erwiesenen Beziehungen zwischen Reizung des 3. Quintusastes und dadurch ausgelöster Cirkulations- und Sekretionsvorgänge zu erklären? Es müssen folgende Möglichkeiten ins Auge gefasst werden: Entweder Reflexlähmung der Paukenhöhlengefäße durch Reizung des 3. Quintusastes, dadurch bedingte Dilatation derselben, stärkerer Blutgehalt der Paukenhöhle und vielleicht damit im Zusammenhange vermehrte Schleimabsonderung; oder erhöhte Thätigkeit gewisser der Schleimabsonderung in der Paukenhöhle vorstehenden Nervenfasern unter dem Einfluss der elektrischen Reizung; oder das durch den N. petros. superficial. min. mit dem Nervengeflecht in der Paukenhöhle in Verbindung stehende Gangl. oticum ist von Bedeutung für die Cirkulations- und Sekretionsverhältnisse. Eine definitive Lösung dieser verschiedenen hierbei in Betracht kommenden Fragen muss von weiteren Experimenten erwartet werden, was um so wünschenswerther ist, als dadurch für die Therapie gewisser der Diagnostik und Behandlung gar keinen sicheren Anhaltspunkt bietenden Ohrkrankheiten werthvolle Aufschlüsse zu erhoffen sind.

Eugen Fränkel (Hamburg).

---

525. **C. A. Ewald.** Über den »Coefficient de partage« und über das Vorkommen von Milchsäure und Leucin im Magen.

(Virchow's Archiv Bd. XC. p. 333.)

Wenn man eine Säurelösung mit Äther ausschüttelt, so gehen nach Berthelot je nach der Natur der vorhandenen Säure verschiedene, aber für jede Säure konstante Mengen in den Äther über. Bestimmt man also nach dem Ausschütteln einer Säurelösung unbekannter Natur die Verhältniswerthe der Acidität gleicher Mengen der Säurelösung und des geschüttelten Äthers, so erhält man bestimmte Koefficienten, die für jede Säure dieselben sind und aus denen man im fraglichen Falle die Natur der Säure erkennt. Dies Verfahren ist nicht nur für Lösungen, welche nur eine Säure enthalten, sondern

auch in erweiterter Form für Gemische verschiedener Säuren anwendbar. Den oben genannten Verhältniswerth nennt Berthelot »Coefficient de partage«; er ist niedrig für organische Säuren, weil dieselben verhältnismäßig leicht vom Äther aufgenommen werden, er ist hoch für anorganische Säuren, die nur in Spuren in den Äther übergehen. Mit Hilfe dieser Methode hat Ch. Richet eine Reihe von Bestimmungen über die freie Säure des Magensaftes, resp. ihre Bindung an schwache Basen ausgeführt, die ihn behaupten lassen, dass im frischen reinen Magensaft Fleischmilchsäure neben ganz oder zum Theil an Leucin gebundener Salzsäure vorhanden sei. Die Gründe, die ihn zu dieser Annahme bestimmten, sind bei E. aufgeführt.

Berthelot's Methode und Richet's Angaben hat nun E. einer genauen Nachprüfung unterzogen. Die wichtigsten Ergebnisse seiner Untersuchung sind die folgenden: Die Koefficienten für eine und dieselbe Säure sind nicht immer dieselben. Die bei manchen Säuren erhaltenen Werthe fallen so nahe mit denen anderer Säuren zusammen, dass eine diagnostische Sonderung nicht mehr möglich ist.

Ganz unsicher werden, und das ist für die Untersuchung des Magensaftes das wichtigste Ergebnis, die Resultate, wenn den Säurelösungen Serumalbumin und Pepton in wechselnder Menge zugesetzt wird. Abgesehen von der dann eintretenden Schwierigkeit des Ausschüttelns, bilden sich wahrscheinlich sofort Albumin- resp. Peptonsäureverbindungen, die sich durch Schüttelung mit Äther nicht so leicht trennen lassen. Bei der Nachprüfung der nicht gerade fest gestützten Angabe Richet's über das Vorhandensein von Fleischmilchsäure im normalen Magensafte fand E. allerdings während der Verdauung bei Mensch und Hund Spuren einer organischen Säure, vielleicht eines Gemisches von mehreren. Im Magensaft eines hungernden Hundes waren aber keine wahrnehmbaren Mengen organischer Säure nachzuweisen (Reiz der Schleimhaut durch Knochenstücke). Eben so wenig gelang die Darstellung milchsauren Zinkes oder Bleies aus dem Magensaft von 3 Menschen und 2 Hunden, wenn nüchtern oder lange Zeit (4—5 Stunden) nach der Mahlzeit untersucht wurde. E. befindet sich hier in völliger Übereinstimmung mit Wietz-Erlangen, der ebenfalls im menschlichen Magensaft keine Milchsäure fand.

Auch die Untersuchungen über das Vorhandensein von Leucin im frischen Magensaft führten zu einem Widerspruch gegen die Richet'schen Angaben. Freies Leucin, sagt E., oder eine Verbindung von Leucin und Salzsäure kommt im frischen reinen Magensaft resp. der Schleimhaut oder ihrem wässerigen Auszuge nicht vor.

Ein anhangsweise in der Arbeit mitgetheilter Versuch E.'s zeigt, dass eine Fibrinsäureverbindung auch ohne Spur nachweisbarer freier HCl von Pepsin etwas gelöst wird.

Edinger (Gießen).

---

526. **Satterthwaite.** Considerations on the origin and natural history of tuberculosis. Betrachtungen über Ursprung und Naturgeschichte der Tuberkulose.

(The med. record. Bd. XXII. No. 18.)

S. giebt zunächst einen ausführlichen historischen Überblick über die Entwickelung der Lehre von der Tuberkulose; s. d. Details im Original. Er bekämpft die Ansicht von der Identität der Tuberkulose des Menschen und der Perlsucht des Rindviehs. Die wesentlichen Unterschiede sind: der Tuberkel des Menschen tendirt zur Verkäsung, der Perlsuchtknoten des Rindes zur Verkalkung. Letztere ist verhältnismäßig selten beim Menschen und folgt auf die Verkäsung; diese ist eine Seltenheit beim Rinde. Geschwürs- und Kavernenbildung charakterisirt die vorgerückten Stadien der menschlichen Phthise resp. Tuberkulose, und wird bei der Perlsucht des Rindviehs fast nie beobachtet. S. erinnert an die Beobachtungen von Creighton, der bei der Sektion einer größeren Anzahl Schwindsüchtiger in 12 Fällen Befunde ähnlich den durch die Perlsucht beim Rindvieh gesetzten Veränderungen antraf. Creighton nennt diese Varietät der menschlichen Schwindsucht: bovine tuberculosis of man und legt besonderes Gewicht auf den Befund gewisser blattähnlicher Wucherungen auf Pleura und Peritoneum, ausgezeichneter Knötchenbildung in den Lymphdrüsen und glattwandiger Kavernen oder eingekapselter Knoten. Der Beweis, dass der Genuss von Milch und Fleisch perlsüchtiger Kühe beim Menschen Tuberkulosis erzeugt, ist nach S. mit Sicherheit nicht erbracht. Auch steht er den in neuerer Zeit vielfach und mit Erfolg gemachten Impf- und Inhalationsversuchen mit Tuberkelstoff skeptisch gegenüber. Er wirft denselben vor, dass sie meist an Thieren angestellt worden sind, die erfahrungsgemäß zur Tuberkulose neigen, z. B. Kaninchen und Meerschweinchen, so wie dass ganz analoge Erkrankungen der Versuchsthiere entstanden nach der Einimpfung resp. Einathmung von Stoffen, die mit Tuberkeln nichts zu thun haben. Bezüglich der Untersuchungen von Koch bemerkt S., dass es ihm nicht gelungen ist, die charakteristischen Bacillen nach der Methode dieses Forschers aufzufinden, dagegen konnte er nach dem (im Original näher beschriebenen) Verfahren von Gibbes im Sputum von Phthisikern Bakterien nachweisen, die zwar nicht genau die Gestalt und Größe der von Koch beschriebenen hatten, aber dasselbe Verhalten gegen Färbstoffe zeigten.

Zum Schluss stellt S. seine Ansichten über die Tuberkulose in 17 Sätzen zusammen, aus denen folgende hervorzuheben sind:

Die Tuberkulose ist eine Krankheit, welche als hereditär bezeichnet werden muss.

Die Tuberkel sind das Resultat eines entzündlichen Vorgangs und erzeugen in ihrer Umgebung Entzündungen.

Tuberkulose des Menschen und Perlsucht des Rindviehs sind, wie die Erfahrung zeigt, kontagiös. Die morphologischen Differenzen

zwischen beiden Affektionen sind so groß, dass wir uns hüten müssen, übereilte Schlüsse aus einer Vergleichung beider zu ziehen.

Die Tuberkulose ist überimpfbar, doch kann auch die Einimpfung verschiedener anderer Stoffe dieselben Veränderungen hervorrufen.

Obwohl nicht mit Sicherheit bewiesen ist, dass der Genuss von Milch und Fleisch perlsüchtiger Kühe beim Menschen Tuberkeln erzeugt, ist derselbe doch zu widerrathen. Eben so wenig darf die Lymphe perlsüchtiger Rinder zum Impfen gebraucht werden.

Lungenphthise und Lungentuberkulose sind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle identische Begriffe. **Brockhaus** (Godesberg).

---

527. **Korczyński.** Genuine seröse Pneumonie.

(Medycyna 1882. No. 11—13. [Polnisch.])

Fälle von echter Lungenentzündung mit rein serösem Infiltrat während des ganzen Krankheitsverlaufes kommen zwar selten, doch unzweifelhaft vor. Dietl [nannte sie] Pneumonien mit weichem oder albuminosem Infiltrat im Gegensatz zur eigentlichen Hepatisation (Przegląd lekarski 1863). Später beschrieb Traube einige derartige Fälle, die sich zwar durch ihre anatomischen Kennzeichen dem entzündlichen Lungenödem nähern, jedoch bei eingehender Erwägung sich theils als Beispiele von sog. schlaffer Infiltration, theils als Entzündungen im Stadium der Anschoppung, oder endlich als im Verlaufe von fibrinöser Pneunomie auftretende entzündliche Ödeme herausstellen. Dass ein echtes entzündliches Ödem (Cohnheim) nicht nur als Initialstadium der Lungenentzündung auftritt, sondern auch während der ganzen Krankheit sich als solches erhalten kann, ohne dass die Pneumonie in das Stadium der Hepatisation übergeht, beweist der vom Verf. ausführlich mitgetheilte Fall. — Bei einem 60jährigen Privatlehrer, bei dem sich vor 3 Tagen Schüttelfrost, Fieber, Kurzathmigkeit, Bluthusten und Stechen in der Brust eingestellt hatten, schwankte die Diagnose zwischen beiderseitiger centraler krupöser Lungenentzündung und Pneumonie mit sog. schlaffer Infiltration. Während des hoch asthenischen Krankheitsverlaufes traten allgemeines Hautödem, Delirien etc. auf, wiewohl in Ansehung des nicht gerade sehr vorgerückten Alters des Pat. und seines ziemlich guten Ernährungszustandes, der gesunden Sputa, des starken Hustens und der Lokalisation der Entzündung in beiden Lungenspitzen eine senile Pneumonie auszuschließen war. Am 6. Krankheitstage starb Pat. plötzlich, ohne dass sich bis zum Tode physikalische Zeichen einer vor sich gehenden Lungenhepatisation eingestellt hätten.

Die Sektion ergab nur hochgradiges akutes Ödem beider Lungen, besonders der Oberlappen, chronische Myokarditis (vornehmlich des linken Ventrikels) und Herzmuskelverfettung, Sklerose der Pulmonalarterie bis in ihre feinsten Verzweigungen. Nirgends wurden in den

Lungen hepatisirte Stellen oder lobuläre Infiltrate gefunden, dagegen war das mit lufthaltiger blutig-seröser Flüssigkeit gleichmäßig durchtränkte Lungenparenchym auffallend brüchig.

Verf. bezieht hier die Entstehung des rein serösen entzündlichen Infiltrats auf folgende Momente: 1) Alter des Pat. und Hydrämie, 2) Verfettung des Herzmuskel, welche die Herzthätigkeit beeinträchtigte, 3) unverhältnismäßig starke fibromatöse Entartung des linken Herzventrikels, 4) Atherom der Pulmonalarterie und Brüchigkeit ihrer Verzweigungen.

Klinisch ist die Prognose bei seröser Pneumonie ungünstig, in so fern die letztere ihre Entstehung gewissen konstitutionellen Anomalien verdankt. Die Diagnose ist nur dann möglich, wenn von Anfang an ödematöse Sputa expektorirt werden und man dabei im Stande ist, centrale Hepatisation neben peripherem Ödem auszuschließen. Falls die Sputa diese Eigenschaft nicht zeigen, oder durch Beimischung von Bronchialsekret verändert sind, so darf nur auf Schlaffheit des Infiltrats geschlossen werden. Zu den physikalischen Symptomen gehören: Fehlen von ausgesprochener Dämpfung, Bronchophonie und verstärktem Pektoralfremitus, wenig ausgesprochenes oder gänzlich fehlendes Bronchialathmen, falls alle diese Symptome lange anhalten, auch dann noch, wenn die Zeichen der Hepatisation bereits eintreten sollten. **Smoleńsky** (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

528 **Ch. Féré.** Ataxie héréditaire, maladie de Friedreich, sclérose diffuse de la moëlle et du bulbe.

(Progrès méd. 1882. No. 45.)

Verf. polemisirt gegen die Bezeichnung »hereditäre Ataxie« für die in Rede stehende Affektion, da es sich weder um eine lokomotorische Ataxie, noch um ein im eigentlichen Sinne hereditäres (— vielmehr ein familiäres —) Leiden handle; er schlägt dafür die von Brausse gebrauchte Bezeichnung »maladie de Friedreich« vor. Auf Grund der bis jetzt bekannt gegebenen 48 Fälle entwirft Verf. eine Skizze der Krankheit, macht auf die Seltenheit von Sensibilitätsstörungen im ersten Stadium, das Fehlen der lancinirenden Schmerzen, auf den Mangel des Einflusses des Augenschlusses, auf die Inkoordination, auf das häufige und baldige Eintreten von Artikulationsstörungen und von Nystagmus, das Ausbleiben eigentlicher Augenmuskellähmungen, das Intaktbleiben der Sphinkteren, das häufige Erhaltensein des Pupillenreflexes aufmerksam; ferner auf eigenthümliche Zustände von Schwindel und unvollständigem Bewusstseinsverlust, die von Friedreich und Brausse beschrieben werden. Zwischen der Ansicht von Friedreich u. A., welche die Krankheit für eine Form der Tabes halten und der Meinung Charcot's und Bourneville's, dass sie mehr der multiplen Herdsklerose sich anreihe, nimmt der Verf. eine vermittelnde Stellung ein.

indem er die Ähnlichkeit mit beiden Krankheiten anerkennt, aber die Abweichungen genügend würdigt und der betreffenden Form eine besondere Stellung zuweist. Diese besondere Stellung wird gerechtfertigt durch den pathologisch-anatomischen Befund mehrerer Fälle; es handelt sich nicht um eine systematische, auf die Hinterstränge beschränkte Läsion, sondern um eine mehr diffuse Sklerose des Rückenmarks und des Bulbus, allerdings mit vorwiegender Betheiligung der Hinterstränge. **Eisenlohr** (Hamburg).

---

529. **Skórczewsky** (Badearzt in Krynica). Beobachtungen über Wanderniere.

(Przegląd lekarski 1882. No. 1—2. [Polnisch.])

Anschließend an Landau's Monographie über die Wanderniere berichtet Verf. über 85 von ihm beobachtete Fälle dieser Krankheit. Dieselben betrafen 3 Männer (2mal rechts, 1mal links), 13 Frauen, welche nicht geboren hatten (9 rechts, 4 links) und 19 Frauen, welche geboren hatten (8 rechts, 6 links und 5mal beiderseitige Senkung der Nieren). Im Ganzen beobachtete also Verf. 19 Fälle von rechter (54 %), 11 von linker (32 %) und 5 Fälle von beiderseitiger (14 %) Wanderniere, zusammen 24 rechts, 16 links. Die überwiegende Zahl (14) dieser Fälle fällt auf das Alter von 20—30 Jahren, dann (12) auf das von 30—40 Jahren. Bei der linken und rechten Wanderniere ließ sich je 13mal malarischer Milztumor nachweisen, außerdem bestand 28mal Atonie und 3mal Katarrh des Intestinaltraktus; von begleitenden Krankheiten des Nervensystems fand Verf. in 19 Fällen Neurasthenie, 5 Hysterie, 4 hartnäckigen »nervösen« Kopfschmerz und 2 Migräne; ferner 1mal Herzklopfen, 1 Muskelschmerz, 1 Ischias. Nur 11 an Wanderniere leidende Kranke zeigten keine Anomalien seitens des Nervensystems. 16 Frauen zeigten dabei folgende Anomalien des Genitalapparates: 5 Gebärmutterkatarrh, 3 Uterusflexion, 8 Atonie des Uterus, 5 Dysmenorrhöe, 2 Amenorrhöe, 4 zu reichlichen oder zu lang dauernden Monatsfluss. — Obige 35 Fälle von Wanderniere fallen auf 1422 vom Verf. behandelte Pat. (1036 weibliche und 392 männliche), also bis 24 pro Mille (31 pro Mille bei Frauen und 8 pro Mille bei Männern). Fast alle diese Fälle beziehen sich auf Kranke aus den besseren Ständen. Verf. rekapitulirt Bekanntes in Betreff der Diagnose und meint, dass die Wanderniere verhältnismäßig selten diagnosticirt wird und daher öfter, als es gewöhnlich angegeben wird, vorkommen dürfte. Betreffs der Pathogenese kann Verf. Landau's Ansicht, dass der Hängebauch die häufigste Ursache der Wanderniere ist, nicht beipflichten und sucht dem gegenüber die ältere Ansicht, dass zwischen Milz- und Lebertumoren einerseits und der Wanderniere andrerseits ein ursächlicher Zusammenhang bestehe, aufrecht zu erhalten. Als nächst häufige Ursache sei auch das Fieber (Dietl) anzunehmen und zwar

könnte der Vorgang hierbei ein derartiger sein, dass in Folge des Fiebers entweder das die Nieren fixirende Gewebe erschlaffe, oder die perirenale Fettschicht schwinde oder endlich, dass die geschwollene Milz resp. Leber die entsprechende Niere herabdrücke. Ein kausaler Nexus zwischen Wanderniere und Krankheiten des Genitalapparates ist nach Verf. zweifelhaft, zwischen Wanderniere und Erkrankungen des Nervensystems möglich.

Smoleński (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

530. **Machek** (Krakau). Über ophthalmoskopische Veränderungen der Augen bei an allgemeiner Anthraxinfektion leidenden Kaninchen.

(Przegląd lekarski 1882. No. 3 u. 5. [Polnisch.])

Mit nach einer der Koch'schen ähnlichen Methode von Dr. Szpilman gezüchteten Milzbrand-Dauersporen wurde zuerst eine Maus geimpft und nachdem man im Blute derselben den Bacillus anthracis nachweisen konnte, wurde nun das inficirte Mausblut einem Kaninchen eingespritzt. Später wurde das Impfmaterial immer von auf obige Weise inficirten Kaninchen genommen und zwar spätestens 12 Stunden nach ihrem Tode, um Faul- und Zersetzungsprodukte möglichst zu vermeiden. Aus den interessanten Untersuchungen entnehmen wir nur das klinisch Wichtige. In vielen Fällen sah Verf. schon während der von allen krankhaften Symptomen freien Periode, dass die Netzhautgefäße, besonders die Venen, dunkler wurden ohne breiter oder geschlängelt zu werden. Dieses Dunklerwerden der Netzhautgefäße, das erste Zeichen der beginnenden Krankheit, zeigt sicher an, dass man im Blute wird bald Anthraxbacillen vorfinden können. Gewöhnlich fällt die besagte Veränderung der retinalen Gefäße mit den ersten Zuckungen des Thieres zusammen. Die Sehnervpapille wird etwas röthlicher. Während der zweiten Periode werden die Netzhautgefäße dünner, mehr geradlinig und die von gabelartig abgehenden Gefäßzweigen gebildeten Winkel sind spitzer. Dabei werden auch die kleinsten Gefäßchen gut sichtbar, da das Blut immer dunkler wird. Gleichzeitig verschmälern sich die Gefäße der Chorioidea. Der Augengrund wird in Folge fortschreitender Ischämie der Gefäße immer lichter, endlich blassröthlich. In dieser Periode sind im Blute Milzbrandbacillen immer nachzuweisen.

Die Ischämie des Augengrundes erhält sich bis zum Tode des Kaninchens. Obige Veränderungen entsprechen den von Secondi u. A. im asphyktischen Stadium der Cholera beschriebenen. Dass diese Ischämie des Augengrundes nicht auf prämortale Herzschwäche zu beziehen ist, beweist der Umstand, dass Verf. dieselbe bei an anderen Krankheiten (Septhämie, Blutverlust, Tuberkulose) zu Grunde gehenden Kaninchen nicht nachweisen konnte. Auch wollte es der Zufall, dass ein 15jähriges Mädchen, welches Verf. auf Tuberkel der

Netzhaut untersuchte, während des Ophthalmoskopirens plötzlich verschied; hier war der Augengrund noch einige Augenblicke vor dem Tode normal, mit dem letzten Herzschlage schwanden die Arterien, und die Venen sahen wie unterbrochen aus. Verf. bezieht das Dunklerwerden der Netzhautgefäße in der ersten Periode auf Kohlensäurereichthum des Blutes und die durch die Anthraxbacillen herbeigeführte Desoxydation desselben, während er den ophthalmoskopischen Befund der zweiten Periode mit den Untersuchungen von Toussaint und Bollinger in Einklang bringt, wonach in Folge zahlreicher durch den Anthrax verursachter Thrombosen der Lungenkapillaren das Blut sich auf Kosten der Arterien vornehmlich in den Venen anhäuft; dies erklärt die starke Verschmälerung der Arterien. Dass dem entsprechend keine ausgesprochene Überfüllung der Augenvenen bestand, beruht nach Verf. insonderheit darauf, dass auf Grund der großen Elasticität der Sklera beim Kaninchen der Abfluss des venösen Blutes nicht beeinträchtigt war; dem entspricht auch der Umstand, dass während der zweiten Periode der intrabulbäre Druck nicht erhöht, sondern erniedrigt war.

Verf.s Untersuchungen beweisen, dass man auf Grund des ophthalmoskopischen Befundes auf Veränderungen im Cirkulationssystem schließen kann und dass eine akute Blutkrankheit in den Augen zum Vorschein kommt. Da nach Bollinger u. A. allgemeine Anthraxinfektion »öfter vorkommt, als man geglaubt hat«, so dürften Verf.s Resultate auch in der menschlichen Medicin ihre Verwerthung finden.

Smoleński (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

531. **Paczkowski** (Pelplin). Fuchsanilinum muriaticum.

(Przegląd lekarski 1882. No. 8. [Polnisch.])

Verf. versuchte das salzsaure Fuchsanilin (0,20—0,25 pro die) gegen chronischen Morbus Brightii. In 2 Fällen, wo das Ödem seit einem halben Jahre bestand, schwand die Albuminurie innerhalb einiger Wochen für immer vollständig. In einem weiteren Falle verringerte sich nur die ausgeschiedene Eiweißmenge. Weitere Erfahrungen des Verf.s bewiesen, dass das Mittel auch bei Scharlachnephritis sehr wirksam sei und die Nierenerkrankung während einiger Tage (0,05—0,25 pro die) beseitige, wobei die Urinmenge vergrößert wird.

Smoleński (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

532. **R. Koch.** Über die Milzbrandimpfung.

Eine Entgegnung auf den von Pasteur in Genf gehaltenen Vortrag 1882.

Einleitend legt K. seinen streng induktiven Standpunkt in der ätiologischen Forschung dar. Er verlangt für jede Infektionskrankheit den strikten Nachweis ihrer parasitären Natur, welcher dadurch zu

bringen ist, dass in erster Linie eine allgemeine Orientirung über Vorkommen und Vertheilung von charakteristischen Mikroorganismen in Blut und Geweben vorgenommen wird. Dann sind die fraglichen Organismen in Reinkulturen außerhalb des Körpers zu züchten und durch Impfung auf notorisch für diese Krankheit empfängliche Thiere ist festzustellen, dass diese isolirten Organismen wirklich die gesuchte Krankheit hervorrufen. Erst wenn dies gelungen, steht es fest, dass die Organismen wirklich die Ursache der Krankheit sind. Pasteur dagegen geht von der Voraussetzung aus, dass jede Infektionskrankheit parasitärer Natur ist. Bei Milzbrand und Hühnercholera fand P. schon das Terrain geebnet, so dass sich hier die Schwächen seiner Methode weniger fühlbar machten. Anders wurde dies, als er an die Lösung neuer Fragen herantrat und K. führt den Nachweis, dass sowohl die Mikroben der Nouvelle maladie de la rage, als der Pferdetyphus, welche P. gefunden haben will, nichts Anderes sind als die schon längere Zeit bekannten Bakterien der Kaninchenseptikämie.

K. zeigt nun, dass die durch Schutzimpfungen zu erzielende Immunität nicht eine allgemeine, sondern streng erwiesen nur für Schafe und Rinder ist, während Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten und Mäuse bis jetzt überhaupt nicht durch Schutzimpfungen gegen das unabgeschwächte Virus immun zu machen sind, und auch Pferde und Menschen scheinbar sich keiner derartigen Immunität erfreuen. Da P. sein Abschwächungsverfahren niemals genau angegeben hat, bedurfte es zeitraubender Versuche, bis es gelang, die richtige Methode zu finden. Dieselbe besteht darin, dass neutralisirte Hühnerbacillen mit frischen Milzbrandbacillen inficirt und bei 42,5° C. längere Zeit gehalten werden. Das letztere gelingt in einem Thermostaten von d'Arsonval, der wochenlang nicht die geringsten Temperaturschwankungen zeigt und einmal genau eingestellt keiner weiteren Kontrolle bedarf und sich dadurch als das wichtigste Mittel für das Verfahren herausstellt.

Auf diese Weise erhält man successive Kulturen, welche zunächst größere Kaninchen nicht mehr sicher tödten, wohl aber noch Meerschweinchen, dann folgen Kulturen, welche Meerschweinchen nicht mehr tödten, aber noch Mäuse und endlich ganz wirkungslose Kulturen. Die Höhe der Temperatur ist für die Zeit maßgebend, in welcher das virulente Material seine pathogenen Eigenschaften verliert; bei 42° kann es bis zu 30 Tagen dauern, bei 43° schon in 6 Tagen vollendet sein (bei 55° scheint die Abschwächung schon in 10 Minuten [Toussaint], bei 52° in 15, bei 50° in 20 Minuten [Chauveau] erreicht zu sein. Diese verschiedenen physiologischen Abstufungen unterscheiden sich morphologisch in nichts von den virulenten Bacillen und die verschiedenen Grade der Abschwächung lassen sich in Gelatinereinkulturen leicht weiter züchten und in ihrer jeweiligen Virulenz erhalten. Geschieht dieses Kultiviren der Reinkulturen nicht, so verlieren sowohl der virulente Stoff als

die abgeschwächten Impfstoffe allmählich ihre Wirksamkeit, woraus sich erklärt, dass P.'s virulenter Stoff häufig viel weniger wirksam sich erwies als das Blut von frisch an Milzbrand gefallenen Thieren.

Diejenigen Kulturen, welche Mäuse tödten, aber für Meerschweinchen unschädlich sind, bilden für Schafe den besten Stoff für die erste Impfung, die Kulturen, welche Meerschweinchen, aber nicht mehr Kaninchen tödten, liefern den Stoff für die zweite Schutzimpfung. Durch diese scharfe Kennzeichnung ist eine Unsicherheit der Wirkung wie bei P.'s Vaccine ausgeschlossen, dessen premier und deuxième vaccin bald zu schwach, bald zu stark ist.

Auf den Domainen Kapuvar und Packisch waren Impfversuche von einem Assistenten P.'s und mit dessen Impfstoffen ausgeführt, welche dadurch einen besonderen Werth besitzen, dass sie von Sachverständigenkommissionen kontrollirt wurden, so dass diese Versuche zur Kontrolle dienen konnten. Bei K.'s Versuchen überstanden nun die Schafe gerade wie dort die erste Impfung vollständig, während der zweiten Schutzimpfung einige Thiere erlagen. Als die präventiv geimpften Thiere mit virulentem Stoffe geimpft wurden, stellte sich nun Folgendes heraus: Je stärker der deuxième vaccin ist, je mehr Thiere also der zweiten Schutzimpfung erliegen, desto größer ist die Immunität gegen den virulenten Stoff, je schwächer dagegen die zweite Impfung ist, je weniger Thiere derselben also erliegen, desto geringer ist der erlangte Schutz gegen den virulenten Stoff. Wenn P. 400 000 Schafe und 40 000 Rinder als präventiv geimpft zum Beweise für die Leistungsfähigkeit seines Verfahrens aufführt, so beweisen diese Zahlen nur, dass diese Thiere mit abgeschwächten Stoffen geimpft sind, nicht aber, dass sie immun gegen natürlichen Milzbrand geworden sind und zwar um so weniger, als P. selbst anerkannte, dass längere Zeit zu schwache Impfstoffe für die Präventivimpfungen verwendet worden waren.

Bei dieser Sachlage half sich P. mit der Behauptung, die Schafe bedürften keiner so wirksamen Schutzimpfung, da schon eine schwächere ausreiche, um sie gegen die natürliche Infektion immun zu machen, weil letztere viel weniger gefährlich sei, als der künstliche Impfmilzbrand. P. fasste dabei die natürliche Infektion auf als eine Art Impfung von der Mundhöhle aus durch stachliges Futter. Diese Auffassung wird von K. widerlegt durch den Nachweis, dass bei Fütterung mit Ausschluss von Rauhfutter mit sporenfreiem Material überhaupt keine Infektion zu Stande kommt, dass bei Fütterung mit frischem und altem Sporenmaterial und Ausschluss von stachligem Futter exquisiter Darmmilzbrand eintritt und zwar von den Lymphfollikeln und Peyer'schen Drüsen aus, verschieden schnell je nach der Menge des verfütterten Sporenmaterials. Dabei waren auffallenderweise die Anschwellungen der Lymphdrüsen derart, dass aus denselben auf die Infektionsstelle nicht geschlossen werden konnte, so dass z. B. bei Darminfektion die Kieferdrüsen oder andere entfernte Drüsen geschwollen waren, während P.

umgekehrt aus der Schwellung der Kieferdrüsen auf Infektion von der Mundhöhle aus geschlossen hatte.

Unter 8 präventiv geimpften Schafen erlag nur 1 der künstlichen Infektion mit virulentem Material; die überlebenden 7 hatten demnach außer den zwei gewöhnlichen Schutzimpfungen noch eine dritte Schutzimpfung absolvirt, ihre Immunität war also noch erheblich gesteigert. Trotzdem erlagen von diesen 7 Thieren 2 der natürlichen Infektion bei der Fütterung. Die natürliche Infektion durch Fütterung war also nicht nur nicht ungefährlicher, sondern im Gegentheil bei Weitem gefährlicher als die künstliche Infektion durch Impfung.

In Übereinstimmung hiermit hatten sich in Kapuvar und Packisch die präventiv geimpften Schafe wohl relativ geschützt erwiesen gegen die Impfung mit dem von P. gelieferten virulenten Stoffe, nicht aber gegen die natürliche Infektion auf der Weide, da in Packisch z. B. von 250 präventiv geimpften Thieren 6 (vielleicht 7), von 231 nicht vorgeimpften 8 der natürlichen Infektion bis jetzt erlegen sind; in Beauchery fielen von 296 geimpften Lämmern 4, von 80 nicht geimpften keins an natürlichem Milzbrand.

K. führt dann eine Reihe Thatsachen dafür an, dass es nicht der Sauerstoff der Luft ist, wie P. annimmt, welcher die Abschwächung der Virulenz bewirkt, sondern in erster Linie die höheren Temperaturen und vielleicht bestimmte Stoffwechselprodukte der Bakterien.

Die von Toussaint entdeckte Abschwächung der Virulenz des Milzbrandblutes und die Verwerthbarkeit des abgeschwächten Materiales zur Schutzimpfung ist demnach eine unumstößliche Thatsache und der Priorität von Toussaint, der kaum noch genannt wird, kann es keinen Eintrag thun, dass P. nachwies, dass die Bacillen selbst derjenige Bestandtheil des Milzbrandblutes sind, der abgeschwächt wird und dass die neuen Eigenschaften sich auch bei den Nachkommen vererben. Auf jeden Fall ist für den Milzbrand sicher erwiesen, dass eine pathogene Bakterienart unter bestimmten experimentellen Verhältnissen physiologische Varietäten bildet ohne Änderung der Form.

Praktisch ist dagegen die P.'sche Präventivimpfung »wegen des unzulänglichen Schutzes, welchen sie gegen die natürliche Infektion gewährt, wegen der kurzen Dauer ihrer schützenden Wirkung und wegen der Gefahren, welche sie für Menschen und nicht geimpfte Thiere bedingt,« nicht brauchbar.

Hueppe (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

533. **Chvostek.** Ein Fall von kompleter Luxation der ganzen Cartilago arytaenoidea in den Kehlkopf mit konsekutiver Larynxstenose. (Wiener med. Blätter 1882. No. 39.)

Verf. berichtet über einen Fall von Ileotyphus, bei dem es im Verlauf der Erkrankung zu einer Perichondritis des linken Aryknorpels kam, mit konsekutiver Sequestration und schließlicher Luxation desselben in die Kehlkopfhöhle. Wie die Sektion ergab, stand der Knorpel noch durch einen dünnen Gewebsstrang mit seinem früheren Lager in Verbindung; dadurch wurde er an seiner Entfernung aus der Kehlkopfhöhle behindert und führte so Stenosirung derselben mit letalem Ausgang herbei.

E. Schütz (Prag).

534. **M. Springer.** Deux cas d'intoxication par l'acide phénique. (Revue de méd. 1882. No. 9. p. 278.)

Zwei Kranken wurde aus Versehen ein Clysma von Acid. carbol. 4,0, Spiritus vini 1,0 verabreicht. Etwa 48 g Karbolsäure erhielt jeder Einzelne. Der nächste Effekt waren furchtbare Leibschmerzen, sehr rasch aber trat Coma und Singultus ein. Der Puls wurde unregelmäßig. Unter einer excitirenden Behandlung bei gleichzeitiger Ausspülung des Rectums gelang es im Laufe der nächsten zwei Tage die Vergiftungserscheinungen zu beseitigen. Drei Stunden nach der Vergiftung war das Coma schon geschwunden, aber im Laufe des gleichen Tages noch stieg bei beiden Kranken die Temperatur über 41°; fiel erst in der Nacht ab und von da an begann die Erholung.

Edinger (Gießen).

535. **L. Wollberg.** Drei Fälle aus der Pädiatrie etc. (Aus dem Warschauer Bersohn-Baumann'schen Kinderhospitale.) (Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 47.)

1) Tracheotomie bei Laryngitis crouposa mittels des Paquelin'schen Instrumentes. 14 Tage nach der Operation abundante Blutung aus der Trachealwunde und Tod. Keine Sektion.

2) Ein Scharlachrecidiv. Ein 6jähriges Mädchen, das an Keuchhusten und ausgedehnter Lungenaffektion leidet, nebenbei noch eine kleine Metallkapsel verschluckt hatte, — bekam Scharlach, und bereits nach 4 Tagen beginnt Desquamation. Dabei abundanter, eitrig blutiger Auswurf. Am 5. Tage der Erkrankung Desquamation am ganzen Körper, und am Abend desselben Tages bemerkt man bei einer Temperatur von 38,4 auf der Brust, auf dem Bauche, und theilweise an den oberen Extremitäten zwischen den Epidermisschuppen ein neues aus kleinen dunkelrothen Punkten bestehendes Exanthem. 3—4 Tage darauf verschwindet das Exanthem, die Desquamation ist reichlich. Das Kind stirbt, keine Sektion.

3) Ein Fall von Variola-morbilli. Verf. beobachtet, dass ein Mädchen von 8 Jahren Variola bekam. Das Kind erkrankte am »22. Juni 1882, am 4. Juli ist die Desquamation im Gange. Am 5. und 6. Juli bemerkt der Verf. ein Massenexanthem; am 11. beginnt die Abschilferung, am 19. verlässt das Kind das Krankenhaus«.

Verf. meint, man müsse sich zunächst »mit dem Aufspeichern des rohen Materials bei solchen Fällen begnügen«.

Kohts (Straßburg i/E.).

536. **Raymond.** Un cas de décoloration rapide de la chevelure (en cinq heures de temps) etc. (Revue de méd. 1882. No. 9. p. 770.)

Gegenüber dem von berufener Seite vielfach geäußerten Zweifel an der Möglichkeit plötzlichen Ergrauens der Haare wird ein mit Vulpian gemeinsam beobachteter derartiger Fall mitgetheilt. Bei einer an zahlreichen verschieden lokalisirten Neuralgien leidenden Frau erblasste in einer Nacht, die unter äußerst heftigen Schmerzen in der Kopfhaut verbracht wurde, ein sehr reichliches schwarzes Haupthaar. Anfänglich war ein Theil der Haare weiß, ein anderer roth, später

wurden bis auf wenige ganz schwarz gebliebene alle weiß und in den nächsten Tagen fiel eine große Menge Haare aus. Die Behaarung des übrigen Körpers blieb schwarz. **Eßinger Gießen.**

537. F. Ganghofner. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Rindenataxie.

Prager med. Wochenschrift 1882. No. 45.

Bei einem 20jährigen sonst gesunden Manne stellte sich im Verlaufe von 14 Tagen unter verschiedenartigen Parästhesien der rechten oberen Extremität allmählich das Gefühl von Schwere in der letzteren, so wie Ungeschicklichkeit derselben ein. Bei der Aufnahme zeigte der Kranke deutliche Lähmung im unteren Facialisgebiet und ausgesprochene Ataxie bei den Bewegungen der rechten oberen Extremität, neben verhältnismäßig geringgradiger motorischer Schwäche derselben. Zugleich deutliche Störung der Lagevorstellung des Tast-, Druck- und Raumsinnes dieser Extremität und Athetose- ähnliche unwillkürliche Fingerbewegungen an der rechten Hand; die unteren Extremitäten frei, keine sonstigen nervösen Störungen. Nach einigen Wochen war ein deutlicher Rückgang der Symptome nachzuweisen. Verf. möchte im Hinblick auf die klinischen Symptome, so wie nach Ausschluss der übrigen Lokalitäten, deren Läsion Ataxie zu erzeugen vermag, den erwähnten Process als erzeugt durch eine cirkumskripte Läsion (Embolie ?) in der Hirnrinde der linken Hemisphäre u. z. in der von Munk als Fühlsphäre derselben bezeichneten Region auffassen. **E. Schütz Prag.**

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel,* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

(Hierzu Titel und Register für Jahrgang 1882.)

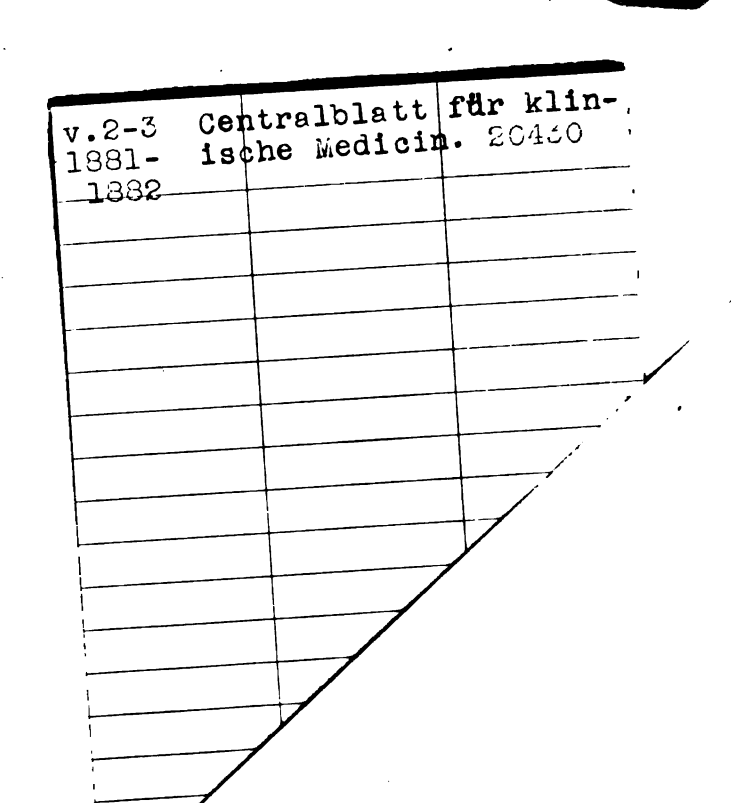
Namenregister.

Sachregister.









v.2-3
1881-
1882
Centralblatt für klin-
ische Medicin. 20430

